

JOURNAL OF THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

JTNMC

Vol. 41 No. 01 (2026) ISSN 2985 - 0894 (Online)

วารสารสภาการพยาบาล

ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2569 ISSN 2985 - 0894 (Online)





วารสารสภาการพยาบาล

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร ศรีสุพรรณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	นายกสภาการพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing, Chapel Hill, North Carolina, United States Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN University of Wollongong School of Nursing, Wollongong, Australia Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA University of Washington School of Nursing, Seattle, Washington, United States
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร วรรณสันทัด อ.ดร.วนิดา ทองใบ	นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
International Editorial Board Members	Professor Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA	
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัฒน์กุล ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิทิตกุล ศาสตราจารย์ ดร. มรุตยา รุจิวิชัย ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ ศาสตราจารย์ ดร. วารุณี ฟองแก้ว ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต ศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ ศาสตราจารย์ ดร. ประณีต สังวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีธีรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห้านิวัติชัย รองศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เฟิงจาด รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสมกิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อากานันท์กุล	
ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย	
วัตถุประสงค์	รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล 1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล และที่เกี่ยวข้อง 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ	
กำหนดออกวารสารสภาการพยาบาล: ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)	มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน ตุลาคม-ธันวาคม	
ผู้จัดการ	นางกรปภัทร ศิลปวิทย์	
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวนัฐพรณ ขวัญอยู่	
สำนักงาน	สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อาคารนครินทร์ศรี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2596-7500 โทรสาร 0-2589-7121	

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลนี้ ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลเป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น บรรณาธิการและสภาการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ	
ปีที่ 41 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2569	
บทความวิจัย	
ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วยต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล	1
สุกิจ ทองพิลา เกตุรินทร์ บุญคล้าย กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ อีรเดช ศรีชาติ	
ผลของรูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	14
วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์ สาวิตรี สุริยะฉาย เวนิช บุราชรินทร์	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ของวัยรุ่นในชุมชนเมือง	31
ทัศนีย์วรรณ พุกเกษมธำนันท์ ฐาพัชรา เกียรติเลิศเดชา อธิพร สุวรรณอำภา	
การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอด ที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ ก่อนกำหนด	49
พัทธา ชินธนาวงศ์ พรทิพย์ ชอบตรง ปัทมา บุญประกอบกู้ กิตติพร ประชาศรัยสรเดช วารุณี มีหลาย	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	69
สาธิต พลพงษ์ มะลิวรรณ ศิลารัตน์ วาสนา รวยสูงเนิน	
การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาล สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน เขตภาคเหนือ	86
มนทน์ภูรี ปาละ ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง	105
ลธิพร ทองคร่ำ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิด ก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริม การเจริญเติบโต และลดภาวะแทรกซ้อน ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต	123
การะเกด พันธุ์รัตน์ ลัญญาลักษณ์ สุทธนะ จินตนา ชัยธรรม	
บทความวิชาการ	
การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล: ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21	143
สุรีย์ ธรรมิกบวร ประณีต ส่งวัฒนา การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กรณีศึกษาทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของเพปบลาว	157
ศุภกิจ เครือกลัด พิสันต์ ประชาชู วงศ์เดือน สุวรรณศิริ อรพิน จุลมุลี	

Content	
Vol. 41 No.1 January–March 2026	
Research Articles	
Effects of a Pre-clinical Preparation Program on Stress in Nursing Students	1
Sukit Thonepila Ketnarin Bunklai Gitipong Pinichpan Teeradech Sreechat	
The Effects of Suicide Motivation Inhibition Model on Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder	14
Wattanaporn Piboonarluk Sawitree Suriyachai Wenich Buracharin	
Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities	31
Tasaneewan Purksametan Thapatlada Kiatlertdecha Thitiphorn Suwan-ampa	
The Development of a Safe Childbirth Preparation Model for Pregnant Women with Premature Labor	
Padhcha Chinthanawongsa Pornpip Chobtrong Pattama Bunprakobku Kittiporn Prachasaisoradej Warunee Meelai	
Effectiveness of a Self-Management Program among Patients with Uncontrolled Hypertension	69
Sathorn Ponpong Maliwan Silarat Wasana Ruaisungnoen	
The Development of Learning Model of Nursing Quality Improvement for the First Line Nurse Executives: A Case Study of University Hospital in the Northern Region	86
Monthanut Pala Effectiveness of the Training Program for Prison Health Volunteers in Caring for Prisoners with Diabetes and Hypertension	105
Siththiphon Thongkham Lukawee Piyabanditkul The Development of a Holistic Nursing Model for Preterm Infants to Promote Growth and Reduce Complications in the Neonatal Intensive Care Unit	123
Karaked Panturat Sanyalak Suttana Chintana Chaitham	
Review Articles	
Transcultural Nursing Communication: Essential Skills in the 21 st Century	143
Suree Trumikaborworn Praneed Songwathana Analysis and Evaluation of Nursing Theory: A Case Study of Peplau's Interpersona Relations Theory	157
Suphakit Krueaklat Pisan Pachachoo Wongduan Suwannakeeree Orapin Jullmusi	

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่ทุกท่านค่ะ วารสารสภาการพยาบาลฉบับแรกนี้เป็นฉบับต้อนรับปีใหม่ 2569 ขอให้เป็นปีแห่งความสุข ความสำเร็จสมหวังและสุขภาพในทุกมิติของทุกท่าน เมื่อต้นเดือนธันวาคมที่ผ่านมา สภาการพยาบาลได้จัดการประชุมนานาชาติ วิจัยทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเฉลิมฉลองวาระครบรอบ 125 ปีแห่งการประสูติของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ภายใต้หัวข้อ “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health” มีเนื้อหาการประชุมที่เป็นประโยชน์ ได้มีการสรุปทิศทางการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลเพื่อสุขภาพโลกอย่างยั่งยืน ดังนี้ 1) การบูรณาเทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม (Digital technology and innovation) ทั้งในการเรียนการสอนและการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ครอบคลุมสุขภาพแม่นยำ (Precision health) การศึกษาข้อมูลทางพันธุกรรมและประเด็นจริยธรรมเกี่ยวกับข้อมูลทางพันธุกรรมตลอดจน การส่งเสริมความรู้ทางดิจิทัล 2) การวิจัยปฏิบัติการ (Implementation research) เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติและนโยบาย โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานของการดูแลที่ยั่งยืน ตัวอย่างเช่น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่สะท้อนบทบาทการวิจัยที่นำโดยพยาบาลซึ่งสามารถผลักดันนโยบายระดับชาติ 3) ความเสมอภาค ด้านสุขภาพ (Health equity) ที่เน้นความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากรรวมถึงกลุ่มเปราะบาง 4) การพัฒนากำลังคนและภาวะผู้นำ (Workforce development and leadership) 5) การวิจัยข้ามศาสตร์และความร่วมมือ ทุกระดับ (Trans-disciplinary research and collaboration at all levels) และ 6) สุขภาพโลกและสิ่งแวดล้อม (Planetary health) โดยเฉพาะประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ

วารสารฉบับนี้เผยแพร่บทความ 10 เรื่อง เป็นบทความวิจัยจำนวน 8 เรื่อง แบ่งตามวิธีการวิจัยได้ดังนี้ การวิจัย และพัฒนา 3 เรื่อง เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารก: “การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด” การจัดการทางการแพทย์พยาบาล: “การพัฒนาแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขต ภาคเหนือ” และ การดูแลทารก: “การพัฒนาแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริม การเจริญเติบโตและลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต” เป็นการวิจัยแบบทดลอง 4 เรื่องที่ศึกษาผลของโปรแกรม การศึกษาพยาบาล: “ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยต่อความเครียดของ นักศึกษาพยาบาล” การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: “ผลของรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิด ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: “ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้” และ สุขภาพของกลุ่มเปราะบาง: “ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัคร สาธารณสุขเรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง” เป็นการวิจัยแบบไม่ทดลอง 1 เรื่อง ด้านสุขภาพของวัยรุ่น คือ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง เกี่ยวกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม: “การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล: ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21” และการประเมินทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาล: “การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กรณีศึกษาทฤษฎีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลของเพปบลาว”

วารสารสภาการพยาบาลขอประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยสามารถเข้าถึงคำแนะนำเตรียมต้นฉบับและรูปแบบการอ้างอิงได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC> และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณนัฐพรณ ขวัญอยู่ Email: nutthapam.tnmc@gmail.com โทร. 02-596-7521 ในนามของวารสารสภาการพยาบาล ขอขอบคุณสมาชิกผู้อ่านทุกท่านจากหลากหลายสาขาทางการแพทย์ พยาบาล ที่ให้ความสนใจส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเข้ามาอย่างต่อเนื่อง

ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
บรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล

Editor's Note

Happy New Year to all. This first 2026 issue of the Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council (JTNMC) marks a fresh beginning. I wish you a year filled with happiness, professional success, and holistic well-being in all dimensions. In early December, the Thailand Nursing and Midwifery Council hosted an International Nursing Research Conference to commemorate the 125th Anniversary of the Birth of Her Royal Highness Princess Srinagarindra. Under the theme “Future Nursing Research and Innovation for Sustainable Global Health,” the conference synthesized trends and directions of nursing research and innovation: 1) Digital Technology and Innovation emphasizing digital transformation in nursing education and practice, including precision health, genomics, ethical considerations in genetic data, and the promotion of digital literacy; 2) Implementation Research: Serving as a key mechanism to bridge the gap between evidence-based practice and policy. A prime example is the “Warm Community Nursing Clinic” model, which demonstrates how nurse-led research can successfully drive national policy; 3) Health Equity: Prioritizing cultural diversity and inclusive care for all populations, with a particular focus on vulnerable groups; 4) Workforce Development and Leadership; 5) Transdisciplinary Research and Multi-level Collaboration; and 6) Planetary Health: Addressing the urgent challenges of climate change and disaster preparedness.

This issue features ten articles, including eight research articles and two review articles. The research articles are categorized by their methodological approaches as follows: Research and Development (R&D): Three articles focus on the development of innovative nursing models: 1) Maternal Health: “The Development of a Safe Childbirth Preparation Model for Pregnant Women with Premature Labor,” 2) Nursing Management: “The Development of Learning Model of Nursing Quality Improvement for the First-Line Nurse Executives: A Case Study of University Hospital in the Northern Region,” and 3) Neonatal Care: “The Development of a Holistic Nursing Model for Preterm Infants to Promote Growth and Reduce Complications in the Neonatal Intensive Care Unit.” Four experimental studies evaluate the effectiveness of specific programs; Nursing Education: “The effects of a pre-clinical preparation program on reducing stress among nursing students.” Mental Health: “The impact of a Suicide Motivation Inhibition Model on suicidal ideation in patients with Major Depressive Disorder.” Management of Non-Communicable Diseases: “The effectiveness of a self-management program for patients with uncontrolled hypertension.” Health of Vulnerable groups: “Effectiveness of the training program for prison health volunteers in caring for prisoners with diabetes and hypertension.” Non-Experimental Research: One predictive study explores adolescent health in communities: “Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities.” Finally, this issue includes two review articles that provide theoretical and professional insights: Cultural Competency: “Transcultural Nursing Communication: Essential Skills in the 21st Century,” and theoretical analysis: “Analysis and Evaluation of Nursing Theory: A Case Study of Peplau’s Interpersonal Relations Theory.”

The JTNMC invites submissions of manuscripts in both Thai and English for publication. For submission guidelines and journal citation formats, please visit <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC>. For further inquiries, please contact Ms. Nutthaparn Kwanyoo at nutthaparn.tnmc@gmail.com or call 662-596-7521. On behalf of the JTNMC, we sincerely appreciate all our members and readers from various institutions’ ongoing interest in submitting research and review articles to the journal.

Professor Dr. Noppawan Piaseu
Editor-in-Chief

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วยต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

สุกิจ ทองพิลา, ปร.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)¹

เกตุณรินทร์ บุญคล้าย, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)²

กิตติพงษ์ พินิจพันธ์, พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)³

ธีรเดช ศรีชาติ, พย.บ.(พยาบาลศาสตรบัณฑิต)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การจัดการเรียนรู้ในคลินิกเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มุ่งให้นักศึกษามีสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมแก่ประชาชน ภาวะความเครียดในการฝึกปฏิบัติเกิดจากการที่นักศึกษาพยาบาลเผชิญกับความคาดหวัง ความรับผิดชอบ และสถานการณ์ใหม่ที่อาจยังไม่คุ้นเคย ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความเครียดของ لازารัส และ โพล์คแมน ที่กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลลัพธ์ของการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยเมื่อบุคคลรับรู้ว่าสถานการณ์นั้นเกินกว่าทรัพยากรที่ตนมีในการจัดการ จะเกิดภาวะความเครียด การเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจิตใจ จึงเป็นการเพิ่มทรัพยากรเพื่อปรับสมดุล และลดความเครียดที่เกิดขึ้น เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

การออกแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง การทดลอง ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของ لازารัส และ โพล์คแมน ในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย โดยความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลจะประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง และต้องใช้ทรัพยากร หรือความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลัง เพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สถานการณ์ที่นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีลักษณะเฉพาะในครั้งแรก ต้องใช้ทักษะพิเศษในการสื่อสารกับเด็กในวัยต่างๆ และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และครอบครัวของเด็ก ตลอดจนความไม่คุ้นเคยกับบุคลากร และสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย งานที่ได้รับมอบหมายขณะฝึกปฏิบัติและอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ นักศึกษาแต่ละคนประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป อีกทั้งมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันตามศักยภาพของทรัพยากรและข้อจำกัดของนักศึกษาแต่ละคน โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ถือว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญเพื่อลดความเครียด

^{1, 3, 4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครพนม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: ketnarin@bcnnv.ac.th

สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 วัน รวมเวลา 30 ชั่วโมง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การปฐมพยาบาลรายวิชา และการสรุปสาระสำคัญ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจรายละเอียดการฝึกปฏิบัติ และแนวคิด หลักการ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น กิจกรรมที่ 2) การปฐมพยาบาลการฝึกปฏิบัติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้ นักศึกษาเข้าใจบริบท ลักษณะงาน และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในแต่ละแผนก และ กิจกรรมที่ 3) การเตรียมความพร้อมการปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ประกอบด้วย 1) การประเมิน การเจริญเติบโตและพัฒนาการ 2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 3) การพ่นยา ดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน และ 4) การให้ยา กิน ยาฉีด และยาพ่น เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในทักษะด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 98 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ลงทะเบียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ภาคปลาย ปีการศึกษา 2567 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) สื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วย ได้รับการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบวัดความเครียดของสวนปรง แบบสอบถามต้นฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม เป็นเวลา 4 วัน นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเด็ก 2 แห่ง และคลินิกสุขภาพเด็กดี แหล่งฝึกละ 1 สัปดาห์ ตามตารางหมุนเวียน เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ครบถ้วนแล้ว นักศึกษาทำแบบวัดความเครียดหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.83) อายุเฉลี่ย 20.28 ปี ($SD = 1.00$) มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.16) หลังเข้าร่วมโปรแกรม นักศึกษามี คะแนนเฉลี่ยความเครียด ($M = 37.85$, $SD = 7.51$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 58.64$, $SD = 12.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.560$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สามารถนำ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย สำหรับนักศึกษาพยาบาลไปประยุกต์ใช้ ในกระบวนการเตรียมความพร้อม เพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติบน หอผู้ป่วย เพื่อให้ นักศึกษามีสมรรถนะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับผลลัพธ์เรียนรู้ของ รายวิชา หลักสูตร และเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพในอนาคต

คำสำคัญ การเตรียมความพร้อม ความเครียด รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กวัยรุ่น นักศึกษาพยาบาล วันที่ได้รับ 17 เม.ย. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 23 มิ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 9 ธ.ค. 68

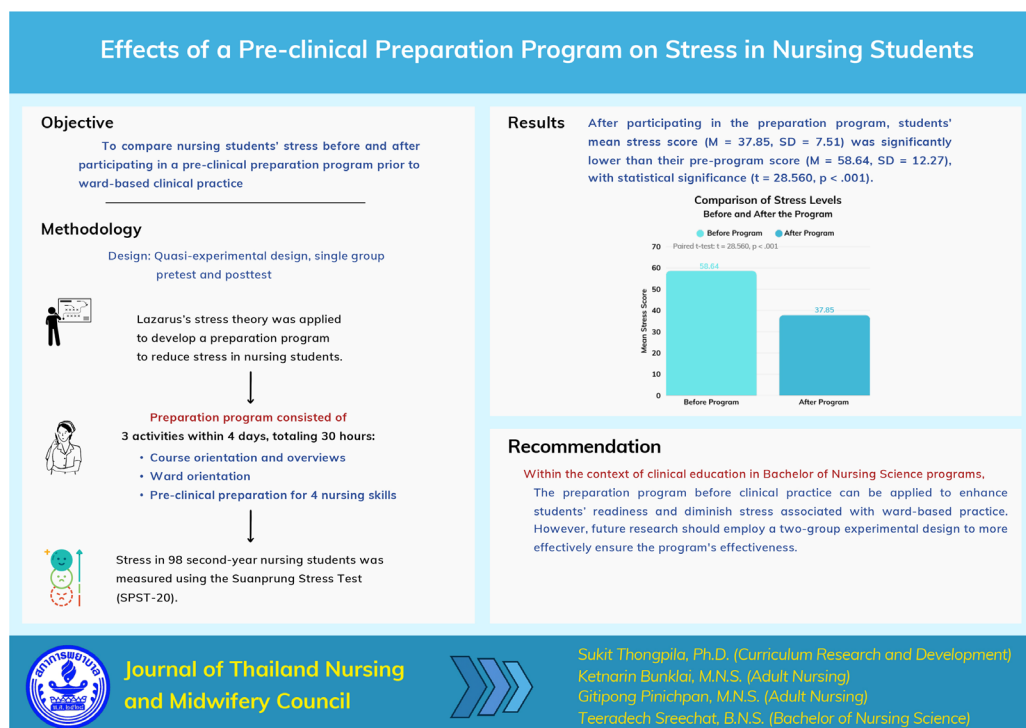
Effects of a Pre-clinical Preparation Program on Stress in Nursing Students

Sukit Thonepila, Ph.D. (Curriculum Research and Development)¹

Ketnarin Bunklai, M.N.S. (Adult Nursing)²

Gitipong Pinichpan, M.N.S. (Adult Nursing)³

Teeradech Sreechat, B.N.S. (Bachelor of Nursing Science)⁴



Extended Abstract

Introduction Clinical learning management is a vital component of the Bachelor of Nursing Science curriculum, which aims to equip students with the competencies necessary to provide holistic healthcare services to the public. Stress during clinical practice often arises when nursing students encounter expectations, responsibilities, and unfamiliar situations. This phenomenon can be explained through Lazarus and Folkman's stress theory, which posits that stress results from an individual's appraisal of the interaction between themselves and their environment. When individuals perceive that a situation exceeds the resources available to them for coping, stress arises. Therefore, adequate preparation in terms of knowledge, skills, and psychological readiness serves to enhance personal resources, restore balance, and mitigate stress. Such preparation provides a foundation for advancing the nursing profession toward greater effectiveness in the future.

Objective This study aimed to compare nursing students' stress before and after participating in a pre-clinical preparation program prior to clinical practice in inpatient wards.

^{1,3,4} Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand

² Corresponding Author: Lecturer Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand E-mail: ketnarin@bcnnv.ac.th

Design This study employed a quasi-experimental design with one-group pretest-posttest, applying Lazarus and Folkman's stress theory to develop a preparation program prior to clinical practice in inpatient wards. Stress is conceptualized as the relationship between individuals and their environment, wherein individuals appraise events as having implications for their well-being and requiring the use of personal resources or abilities to adapt, sometimes to the extent of exceeding their coping capacity. In the context of pediatric and adolescent nursing practice, nursing students face unique challenges during their initial clinical experiences. These include the need for specialized communication skills with children of different developmental stages, interactions with parents and families, unfamiliarity with ward personnel and environments, assigned clinical tasks, and supervision by clinical instructors. Each student appraises these situations differently and adopts distinct coping strategies depending on their available resources and limitations. The preparation program was designed as an essential resource to reduce stress among second-year nursing students enrolled in the pediatric and adolescent nursing practicum. The program consisted of three structured activities delivered over four days, totaling 30 hours: 1) Course orientation and review of pediatric and adolescent nursing principles to enhance students' understanding of practicum details, concepts, and theoretical foundations, 2) Ward orientation by staff nurses to familiarize students with the clinical context, work characteristics, and patient care approaches in each unit, and 3) Preparation in four core nursing skills: (a) growth and developmental assessment, (b) immunization practices, (c) administration of inhalation therapy, suctioning, and oxygen delivery, and (d) administration of oral, injectable, and inhaled medications. These activities were intended to strengthen students' confidence and competence in pediatric and adolescent nursing practice.

Methodology The study participants comprised 98 nursing students from a nursing educational institution, selected through purposive sampling. The inclusion criteria were as follows: 1) second-year nursing students, enrolled in the Pediatric and Adolescent Nursing Practicum during the second semester of the 2024 academic year; 2) aged 18 years or older, both male and female; 3) able to communicate in Thai through speaking, reading, and writing; and 4) willing to participate in the study. The research instruments included: 1) the readiness program prior to clinical practice in inpatient wards, which was validated for content validity by three experts, yielding a content validity index (CVI) of .89; 2) a general information questionnaire; and 3) the Suan Prung Stress Test (SPST-20), with the original version reporting a Cronbach's alpha coefficient of .70. Data were collected between January and March 2025. Following participation in the four-day readiness program, students undertook clinical practice in two pediatric wards and one well-child clinic, each for one week according to a rotation schedule. Upon completion of the practicum, students completed the posttest stress assessment. Data analysis was conducted using Paired t-test.

Results The majority of participants were female (91.83%), with a mean age of 20.28 years (SD = 1.00). More than half (58.16%) had a high cumulative grade point average (GPAX). After participating in the preparation program, students' mean stress score (M = 37.85, SD = 7.51) was significantly lower than their pre-program score (M = 58.64, SD = 12.27), with statistical significance ($t = 28.560$, $p < .001$).

Recommendation Clinical learning within the Bachelor of Nursing Science curriculum can incorporate the preparation program prior to ward-based practice as part of the preparatory process to reduce nursing students' stress before clinical training. This approach enhances students' competencies in nursing practice, ensuring alignment with the learning outcomes of the course and curriculum. Moreover, it provides a framework for developing nursing practice competencies effectively in accordance with professional standards for the future.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 1-13

Keywords preparation program/ stress/ pediatric and adolescent nursing practicum/ nursing students

Received 17 April 2025, Revised 23 June 2025, Accepted 9 December 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะทั้งศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ประกอบด้วยภาคทฤษฎีที่มุ่งให้นักศึกษามีความรู้ทางวิชาการ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ และภาคปฏิบัติซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่มุ่งให้นักศึกษาเกิดทักษะและประสบการณ์ตรงในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในทุกสภาวะสุขภาพแบบองค์รวมตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลในระดับอุดมศึกษาสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจหลักในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะคุณภาพ ตามมาตรฐานสากล เป็นผู้นำนวัตกรรมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อสุขภาวะชุมชน โดยในปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563 โดยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 2 หน่วยกิต เป็นรายวิชาที่เป็น การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นใน ครั้งแรกสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 โดยวัตถุประสงค์ของรายวิชาเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ และทักษะการใช้ กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพเด็กและวัยรุ่น แบบองค์รวมในทุกสภาวะสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน บนพื้นฐาน ความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ยึดหลัก คุณธรรม จริยธรรมในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดยนักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ กุมารเวชกรรมพิเศษ

และคลินิกสุขภาพเด็กดี แหล่งฝึกละ 1 สัปดาห์ รวม 3 สัปดาห์ เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะสอดคล้อง กับผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา หลักสูตร และสอดคล้อง กับมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล²

การจัดการเรียนรู้ในภาคปฏิบัติเป็นหัวใจสำคัญ ของการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เชื่อว่าพยาบาลเป็นที่ วิชาชีพที่เน้นการปฏิบัติที่ประยุกต์ศาสตร์และศิลป์ ในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการแบบองค์รวม ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่สัมพันธ์กันทั้งด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาลที่ครอบคลุม ทั้ง 4 มิติ เป็นกระบวนการนำความรู้สู่การปฏิบัติ การพยาบาล นักศึกษาจะได้เรียนรู้บทบาทการเป็น พยาบาลในแหล่งฝึก ดังนั้น วิทยาลัยจึงมีกระบวนการ ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อลดความเครียด ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนรู้ ตลอดจนหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อผู้ป่วย และเพื่อให้ นักศึกษาเกิดความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติ การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ รายวิชาปฏิบัติ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เป็นรายวิชาภาคปฏิบัติ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่มีลักษณะเฉพาะ ที่นักศึกษาจะต้องนำความรู้ ทักษะต่าง ๆ ในภาคทฤษฎี มาประยุกต์ในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ในทุกสภาวะ สุขภาพ แบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยได้จัด การเรียนการสอน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น โดย ดำเนินการเตรียมความพร้อมแก่นักศึกษา 1 สัปดาห์ ก่อนการฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย⁴ ผลการประเมินรายวิชา ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มนักศึกษา อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ หัวหน้าสาขา และคณะผู้วิจัย พบว่า นักศึกษามีความเครียดสูงจากสภาพบรรยากาศ ของหอผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน

สภาพแวดล้อมที่เร่งรีบ อีกทั้งต้องฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลเด็กที่มีลักษณะพิเศษ มีความยุ่งยาก มีความต้องการเฉพาะ ตลอดจนต้องใช้ทักษะในสื่อสารกับเด็กและผู้ปกครองที่ต้องการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งนักศึกษาต้องใช้ความระมัดระวัง ความรอบคอบ ความอดทน และความรับผิดชอบอย่างสูง เพราะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ยังต้องเผชิญและปรับตัวกับบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดนักศึกษาเกิดความเครียด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและใจของนักศึกษา โดยข้อเสนอแนะส่วนหนึ่งสำหรับการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษาต่อไป คือ ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และการมีส่วนร่วมปฐมนิเทศนักศึกษาโดยพยาบาลจากแหล่งฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยลดความเครียดเมื่อนักศึกษาต้องไปฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย⁵

จากข้อมูลข้างต้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน เล็งเห็นความสำคัญในเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย จึงนำแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus และ Folkman)⁶ มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อลดระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ โดยทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน เป็นแนวคิดที่สำคัญที่อธิบายถึงความเครียดว่าเป็นผลลัพธ์จาก “ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม” โดยบุคคลจะประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นภัยคุกคาม (threat) การสูญเสีย (loss) หรือความท้าทาย (challenge) และจะประเมินแหล่งทรัพยากร (resource) ภายในและภายนอกที่ตนเองมีว่าเพียงพอ

หรือไม่ในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งหากบุคคลรู้สึกว่าแหล่งทรัพยากรไม่เพียงพอ ที่จะรับมือ ก็จะทำให้เกิดความเครียดขึ้น⁶ ในการเรียนภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เหตุการณ์ต่างๆ เช่น ความไม่มั่นใจในทักษะ ความกังวลต่อความผิดพลาดที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วย หรือความไม่คุ้นเคยกับบริบทของการทำงานในหอผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ต้องเผชิญเมื่อฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ประกอบกับจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาล ยังขาดการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหอผู้ป่วยมาร่วมในการดำเนินกิจกรรม⁷ คณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญและตระหนักในปัญหาต่างๆ ข้างต้น จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเครียดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กวัยรุ่นตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน⁶ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้น โดยคาดว่าผลของโปรแกรมจะสามารถลดระดับความเครียดและความกดดันที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ของนักศึกษาพยาบาลได้ ทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และมีสมรรถนะตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman) ในปี ค.ศ.1984 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและผลการ ประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปีการศึกษา 2566 เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ลาซารัส และโฟล์คแมนกล่าวว่า ความเครียดเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกันและ เกิดขึ้นตลอดเวลา เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resource) ของบุคคลนั้น⁶ โดยนักศึกษาพยาบาลเป็นผู้ประเมินว่าการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น ก่อให้เกิดความเครียด และโปรแกรมการเตรียม ความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจะเป็น ทรัพยากรที่สามารถช่วยลดความเครียดได้ โดยนักศึกษา พยาบาลได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ การได้ทราบบริบทของแหล่งฝึก และได้ฝึกทักษะ การปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย

บนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมต่าง ๆ โปรแกรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศรายวิชาและ ผลลัพธ์การเรียนรู้ และสรุปสาระสำคัญการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น (Course Orientation, Learning Outcomes, and Summary of Key Concepts in Child and Adolescent Nursing) กิจกรรมที่ 2 การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติ (Ward orientation) จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กุมารเวชกรรมสามัญ กุมารเวชกรรมพิเศษ และ คลินิกสุขภาพเด็กดี และ กิจกรรมที่ 3 การเตรียม ความพร้อมด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น (Preparation for four skills in pediatric and adolescent nursing practicum) ประกอบด้วย 4 ทักษะ 1) การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth & development assessment) 2) การสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค (Immunization) 3) การดูแลระบบ ทางเดินหายใจ (Respiratory care) ได้แก่ การพ่นยา ดูดเสมหะ และให้ออกซิเจน และ 4) การบริหารยา (Medication administration) ได้แก่ เทคนิคการให้ ยา กิน ยาฉีด ยาพ่น (Figure 1)

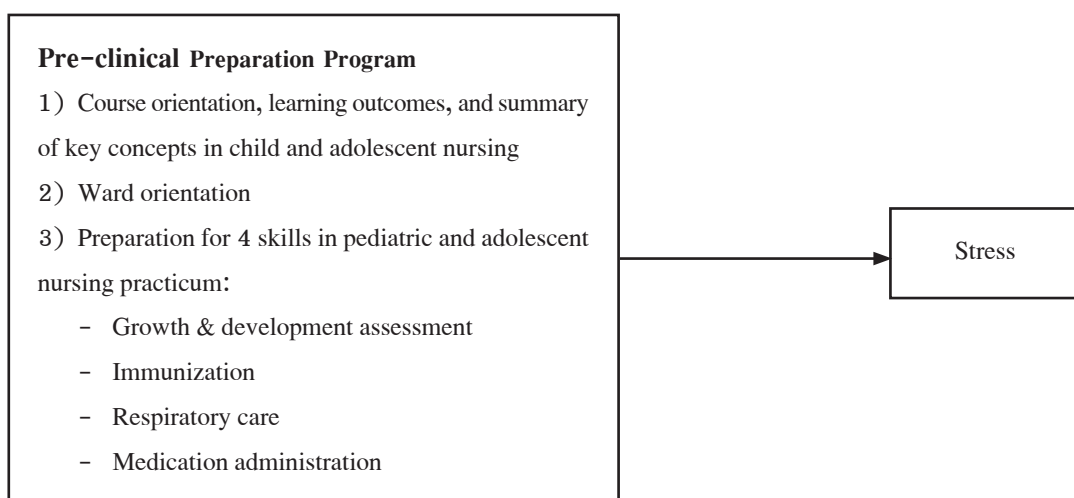


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (One group pretest – posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน ปีกการศึกษา 2567 จำนวน 98 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน จำนวน 98 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ลงทะเบียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ภาคปลาย ปีกการศึกษา 2567 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ครบทุกกิจกรรม การศึกษานี้เป็นการวิจัยในประชากรจึงไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สร้างขึ้นโดยคณะผู้วิจัย จากการประยุกต์ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และโฟลค์แมน⁶ ร่วมกับผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร และผลการประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและ

วัยรุ่น ปีกการศึกษา 2566 นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ในระยะเวลา 4 วัน รวมเวลา 30 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศชี้แจงผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา และสรุปสาระสำคัญการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 8 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ กุมารเวชกรรมพิเศษ และคลินิกสุขภาพเด็กดี จำนวน 6 ชั่วโมง และ กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะใช้เวลาทักษะละ 4 ชั่วโมง ได้แก่ 1) การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ 2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค 3) การพ่นยา ดูดเสมหะ และให้ออกซิเจนและ 4) เทคนิคการให้ยา กิน ยาฉีด ยาพ่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุเกรดเฉลี่ยสะสม (Grade point average, GPAX) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ผลการเรียนค่อนข้างต่ำ ($GPAX \leq 2.00$) ผลการเรียนปานกลาง ($GPAX 2.01 - 3.00$) และ ผลการเรียนดี ($GPAX > 3.00$)

2.2 แบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) สร้างโดย สุวัฒน์ มั่นนรินทร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา⁹ ข้อคำถามเป็นการสำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นๆ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เครียดมากที่สุด (5 คะแนน) เครียดมาก (4 คะแนน) เครียดปานกลาง (3 คะแนน) เครียดน้อย (2 คะแนน) และไม่เครียด (1 คะแนน) การแปลผลใช้วิธีการอิงเกณฑ์ในการแปลความข้อมูลออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ความเครียดระดับน้อย (0 – 23 คะแนน)

ความเครียดระดับปานกลาง (24–41 คะแนน) ความเครียดระดับสูง (42–61 คะแนน) และ ความเครียดระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป อีก 2 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .89 สำหรับแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) เครื่องมือต้นฉบับ มีค่าความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) มากกว่า .47 และผ่านการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) มากกว่า .70 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน COE เลขที่ 01/2568 ตั้งแต่วันที่ 3 มกราคม 2568 ถึง 2 มกราคม 2569 เนื่องจากคณะผู้วิจัยเป็นกรรมการประจำหลักสูตร และเป็นอาจารย์ในสถาบันที่ทำการวิจัย จึงป้องกันประเด็นทางจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น และแก้ไขประเด็นดังกล่าวโดยได้ประสานงานให้อาจารย์ประจำชั้น นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เป็นผู้ดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยง โดยได้เน้นย้ำให้นักศึกษาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ไม่เร่งรัดให้นักศึกษาตัดสินใจ การตัดสินใจของนักศึกษา

ไม่มีผลต่อคะแนนหรือผลการเรียน และนักศึกษาสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถามข้อสงสัย ก่อนการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากผลการวิจัยเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย เสนอผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดพระเชตุพน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คณะผู้วิจัยประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้น เพื่อขอให้อาจารย์ประจำชั้นประชุมชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การดำเนินการ การรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ การถอนตัวจากการวิจัย ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 รับทราบ ภายหลังการชี้แจง นักศึกษาทั้งชั้นปีจำนวน 98 คน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงให้นักศึกษาทำแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST-20) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระยะดำเนินกิจกรรม คณะผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในห้องเรียนรวมและห้องปฏิบัติการพยาบาล ใช้เวลา 4 วัน รวมเป็นเวลา 30 ชั่วโมง ดังนี้ วันที่ 1 ปฐมนิเทศรายวิชา ชี้แจงผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชา และสรุปสาระสำคัญการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น (จำนวน 8 ชั่วโมง) วันที่ 2 ปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ กุมารเวชกรรมพิเศษ และคลินิกสุขภาพเด็กดี (จำนวน 6 ชั่วโมง) วันที่ 3 และวันที่ 4 เตรียมความพร้อมการฝึก

ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 4 ทักษะ (จำนวน 16 ชั่วโมง โดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงในแต่ละทักษะ) ประกอบด้วย 1) การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ 2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 3) การพ่นยา ดูดเสมหะ และให้ออกซิเจน และ 4) เทคนิคการให้ยา กิน ยาฉีด ยาพ่น โดยในแต่ละทักษะได้แบ่งนักศึกษาเป็น 4 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 24 คน 2 กลุ่ม และ 25 คน จำนวน 2 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีอาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คน เป็นอาจารย์ประจำกลุ่ม สอนสาธิต การปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละทักษะ หลังจากนั้นให้นักศึกษาทุกคนฝึกปฏิบัติ โดยอาจารย์ประจำกลุ่มสังเกตการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพร้อมทั้งให้ผลสะท้อนกลับ (Feedback) และสุ่มเลือกตัวแทน นักศึกษาจำนวน 2-3 คน สาธิตย้อนกลับการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและจำนวน นักศึกษาในการเข้ากลุ่ม นักศึกษาที่ไม่ได้เป็นผู้สาธิต ย้อนกลับร่วมสังเกตการณ์และเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถาม พร้อมตอบข้อซักถามของนักศึกษา จากนั้นสรุป และอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ในแต่ละทักษะ

ระยะสิ้นสุดโปรแกรม หลังจากสิ้นสุดกิจกรรม การเตรียมความพร้อมทั้ง 4 วันแล้ว นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นตามตารางหมุนเวียนใน

3 แหล่งฝึก ได้แก่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพิเศษ และคลินิกสุขภาพ เด็กดี แหล่งฝึกละ 1 สัปดาห์ หลังการฝึกปฏิบัติครบ ทั้ง 3 แหล่งฝึก คณะผู้วิจัยได้ประสานงานกับอาจารย์ ประจำชั้น เพื่อจัดให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความเครียด สนวนปรุง (SPST-20) หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด

2) เปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและ หลังการทดลองโดยใช้การทดสอบทีแบบคู่ (Paired t-test) ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.84 อายุเฉลี่ย 20.28 ปี ($SD = 1.00$) เกรดเฉลี่ยสะสม GPAX อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.16 (Table 1)

Table 1 Characteristics of the Participants (n = 98)

Variables	n	%
Gender		
Male	8	8.16
Female	90	91.84
Age (years) Min-Max = 19-28, Mean = 20.28, SD = 1.00		
Grade Point Average (GPAX)		
≤ 2.00 Low	2	2.04
2.01 – 3.00 Moderate	39	39.80
> 3.00 High	57	58.16

การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของ นักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นักศึกษามี

คะแนนเฉลี่ยความเครียด ($M = 37.85, SD = 7.51$) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 58.64, SD = 12.27$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.560, p < .001$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of stress before and after the program using Paired t-test ($n = 98$)

Stress level	Before intervention				After intervention				t	df	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
Mild	0	0.00			1	1.02					
Moderate	8	8.16	58.64	12.27	63	64.29	37.85	7.51	28.560	97	<.001
High	53	54.08			34	34.69					
Severe	37	37.76			0	0.00					

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.10$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานกับเด็ก และวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเตรียม ความพร้อมทางด้านวิชาการ 2) การรับทราบบริบท การทำงานในแต่ละหอผู้ป่วยจากพยาบาลประจำ หอผู้ป่วย และ 3) กิจกรรมเสริมสร้างความมั่นใจใน ทักษะการพยาบาลเด็กเพื่อการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในสถานการณ์จำลอง 4 ทักษะ ซึ่งความครอบคลุม และความเข้มข้นของโปรแกรมนี้นับเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลในการลดความเครียดของนักศึกษา ช่วยให้ นักศึกษามีทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ ในการเผชิญความเครียด ทั้งในด้านการมีความรู้ การได้ฝึกทักษะทางการพยาบาลที่มีความสำคัญใน การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ตลอดจนได้รับการปฐมนิเทศ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่ทำให้นักศึกษาได้เข้าใจ บริบท ลักษณะงาน และคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม

ของแหล่งฝึกมากขึ้นก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง จึงทำให้เกิด ความมั่นใจและลดความเครียดได้

ผลการศึกษาสอดคล้องตามทฤษฎีความเครียด ของ Lazarus และ Folkman⁶ ที่ระบุว่าความเครียดเกิด จากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับทรัพยากรที่มีอยู่ (resources) โปรแกรมการเตรียม ความพร้อมช่วยเพิ่มแหล่งประโยชน์ให้กับนักศึกษา ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางจิตใจ ทำให้สามารถปรับสมดุลและลดความเครียดลงได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการสนทนากลุ่มในการประเมิน รายวิชา นักศึกษาส่วนมากให้ความเห็นว่า โปรแกรม เตรียมความพร้อมช่วยลดความวิตกกังวล ก่อนขึ้น ฝึกปฏิบัติจริงได้มาก ข้อความสำคัญ เช่น “รู้สึกดีขึ้นมาก ที่ได้คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยเด็กก่อน” และ “การเตรียมความพร้อมการปฏิบัติการพยาบาล 4 ทักษะ ทำให้มั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มากขึ้นอย่างชัดเจน” เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลนี้ ถือเป็นทรัพยากรสำคัญ ที่ทำให้นักศึกษารู้สึกพร้อม รับมือกับสถานการณ์ใหม่ๆ ในหอผู้ป่วยได้ดีกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹¹ พบว่า การจัด

การเรียนการสอนที่ผสมผสานระหว่างการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการทาง การพยาบาลก่อนการฝึกงานจริง ช่วยลดความเครียด ให้กับนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องการศึกษาของ Sari และคณะ¹¹ ยังพบว่าการเตรียมความพร้อมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็ก ก่อนการฝึกปฏิบัติช่วยลดความเครียดให้กับ นักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่ไม่มี ประสบการณ์การดูแลเด็กมาก่อน นักศึกษาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กมีการลดลง ของระดับความเครียดมากกว่ากลุ่มอื่น นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ Lee และ Wang¹² พบว่า โปรแกรม การเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบ ที่หลากหลายและครอบคลุม ทั้งด้านทฤษฎี การฝึกปฏิบัติ และการสนับสนุนทางจิตใจ สอดคล้องกับโปรแกรม ในการวิจัยนี้ที่มีการผสมผสานทั้งการทบทวนความรู้ การฝึกทักษะ และการเตรียมพร้อมด้านจิตใจผ่าน การปฐมนิเทศและการพบกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ในด้านของระยะเวลา การใช้เวลา 4 วัน รวม 30 ชั่วโมง ในการเตรียมความพร้อมถือว่ามีความเหมาะสมและ เพียงพอ สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งไทยและ ต่างประเทศ^{14, 13, 10} ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมที่มี ระยะเวลาเพียงพอ อย่างน้อย 3-5 วัน ช่วยให้ นักศึกษา มีความพร้อมและลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติ การพยาบาล

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากข้อจำกัดในด้านเวลาของการศึกษา ตามแผนการเรียนโดยรวมตลอดหลักสูตรของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จึงศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่มี การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในการพัฒนาสมรรถนะ วางแผนการจัดสรรเวลาและทรัพยากรในการเตรียม ความพร้อมของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยมีการเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การเตรียมความพร้อมเพื่อลดความเครียดในภาค ปฏิบัติในรายวิชาอื่น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ชั้นปีที่ 2 รุ่น 125 ที่ให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Sukit Thonngpila Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Manuscript writing and editing, approval of final draft; Ketnarin Bunklai Conceptualization, Methodology, Manuscript writing and editing, Approval of final draft; Gitipong Pinichpan Conceptualization, Methodology, Data curation, Approval of final draft; Teeradech Sreechat Conceptualization, Data curation, Approval of final draft.

AI Use Disclosure: The authors use ChatGPT and OpenAI only for editing purposes.

References

1. Nursing Council of Thailand. Guidelines for curriculum approval of nursing and midwifery professional education programs, professional level B.E. 2568. Nonthaburi: The Council; 2668. Available from: [https://www.tnmc.or.th/tnmc/public/images/userfiles/files/0\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/tnmc/public/images/userfiles/files/0(1).pdf) (in Thai)
2. Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira. Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum B.E. 2565). Bangkok: The College; 2023. (in Thai)
3. Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira. Self-assessment report according to ASEAN University Network Quality Assurance (AUN-QA) criteria for academic year 2023. Bangkok: The College; 2024. (in Thai)
4. Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira. Clinical practice manual for pediatric and adolescent nursing 1, academic year 2024. Bangkok: The College; 2024. (in Thai)
5. Boromarajonani College of Nursing, Nopparat Vajira. Practical training evaluation report for academic year 2566. Bangkok: The College; 2023. (in Thai)
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
7. Konlan KD, Damiran D, Lee TW. Clinical readiness for practice of nursing students: a concept analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(12):1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121610>
8. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, and appropriate sample size calculation using G*Power. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
9. Mahattanirandkul S, Phumpaisanchai W, Tapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. *Suan Prung Journal*. 1998;13(3):1–20. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/article/view/90246> (in Thai)
10. Pomthong K, Kanungpiarn T, Pradubthong O, Sanpaung S. The effect of blended learning program of principles and nursing techniques for promoting readiness on knowledge, principle practice skills and nursing techniques of student nurses. *Journal of Nursing, Siam University*. 2023;24(47):20–30. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/264569/180705> (in Thai)
11. Sari HY, Öztornaci BÖ, Akgül EA, Karakul A, Doğan Z, Doğan P. The results of simulation training in pediatric nursing students' education. *J Pediatr Res*. 2018;5(4):194–200. <https://doi.org/10.4274/jpr.97769>
12. Lee RL, Wang JJ. Effectiveness of an adolescent healthcare training programme for enhancing paediatric nurses' competencies. *J Clin Nurs*. 2016; 25(21–22):3300–10. <https://doi.org/10.1111/jocn.13395> PMID: 27219863
13. Gülnar E, Aşık E, Özveren H. The effect of a stress management program on first-year nursing students' clinical stress: A randomized controlled experimental study. *Nurse Educ Today*. 136:106131;2024. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106131> PMID: 38368735
14. Toqan D, Ayed A, Malak MZ, Hammad BM, ALBashtawy M, Hayek M, et al. Sources of stress and coping behaviors among nursing students throughout their first clinical training. *SAGE Open Nurs*. 2023;16(9): 23779608231207274. <https://doi.org/10.1177/23779608231207274> PMID: 37854791

ผลของรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹

วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ วพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)^{2,3}

สาวตรี สุริยะฉาย วพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)²

เวนิช บุราชรินทร์ พย.ม (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญด้านสุขภาพจิตทั่วโลก มีลักษณะสำคัญ คือ ความทุกข์ทางอารมณ์เรื้อรังที่อาจรุนแรงถึงขั้นนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับยาต้านเศร้า แต่ความคิดฆ่าตัวตายอาจยังคงอยู่จนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มุ่งเน้นปรับการรับรู้ความคิดอัตโนมัติและมุมมองการแก้ปัญหาที่มองว่าตนเองรู้สึกพ่ายแพ้ และถูกกักขังจากสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญอยู่ เป็นแนวทางหนึ่งในการบำบัดเพื่อป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายรวมกับการดูแลตามปกติ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิดสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ โดยประยุกต์แบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พัฒนาเป็นรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายเพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยมีการบำบัด 3 ครั้ง ในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย 2) การสำรวจความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การพัฒนาความคิดใหม่ 5) การเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหา และ 6) การเลือกแก้ปัญหาใหม่

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ภายใน 72 ชั่วโมง 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีความคิดฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 40 คน จากนั้นได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

¹ทุนอุดหนุนการวิจัยจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, E-mail: somdet_chaopraya@somdet.go.th

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .89 และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยง .81 ติดตามผลค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายภายในและระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 25.05 ปี (SD = 5.34) สถานภาพโสด (ร้อยละ 80) วิธีการฆ่าตัวตายคือ การกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 55) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.7 ปี (SD = 1.55) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.70 ครั้ง (SD = 0.73) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) อายุเฉลี่ย 26.75 ปี (SD = 4.68) สถานภาพโสด (ร้อยละ 90) วิธีการฆ่าตัวตายคือการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 30) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.85 ปี (SD = 1.49) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.45 ครั้ง (SD = 0.68) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 398.160, p < .001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและรูปแบบยับยั้งแรงงูใจ มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.115, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 24.945, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง แตกต่างจากหลังทดลองทันที ($MD = 18.50, p < .001$) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ($MD = 17.175, p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = 14.450, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังทดลองทันที มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ($MD = -1.325, p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = -4.050, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = -2.725, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายหลังจำหน่าย 2-4 สัปดาห์ พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้บำบัดผู้เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจ การฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

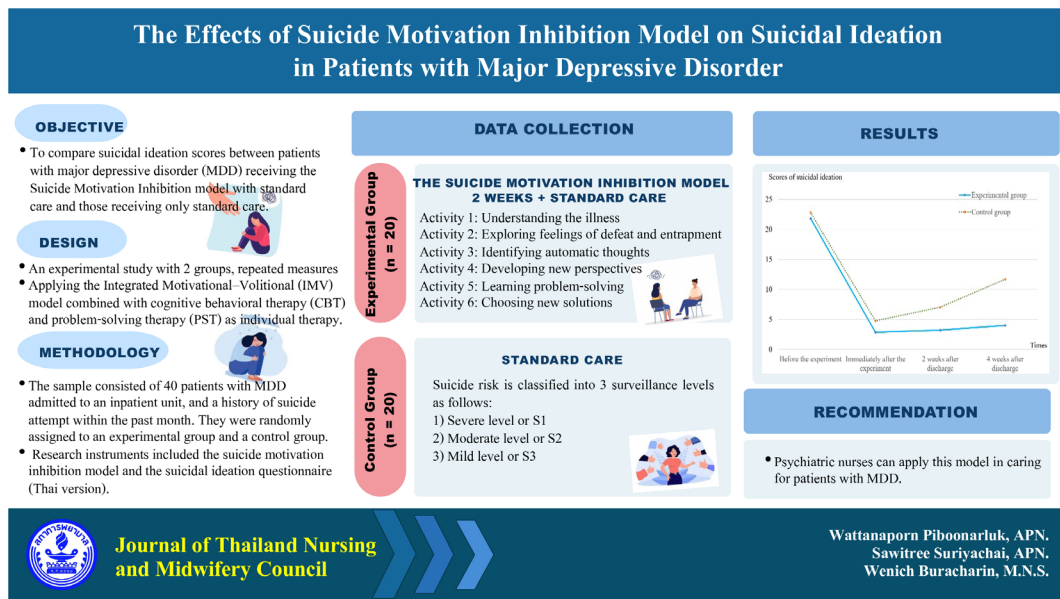
วันที่ได้รับ 12 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ต.ค. 68

The Effects of Suicide Motivation Inhibition Model on Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder

Wattanaporn Piboonarluk, APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)^{2,3}

Sawitree Suriyachai, APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)²

Wenich Buracharin, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)³



Extended Abstract

Introduction Major depressive disorder (MDD) is one of the most significant global challenges in mental health. It is characterized by persistent emotional distress that may escalate suicidal behavior. Although patients with MDD often receive antidepressant medication, suicidal ideation may persist and, in some cases, result in suicide, particularly during the critical period immediately following hospital discharge. The suicide motivation inhibition model for patients with MDD emphasizes modifying automatic thoughts and problem-solving perspectives, especially those shaped by feelings of defeat and entrapment by their circumstances. This therapeutic approach represents a promising strategy to mitigate suicidal ideation and reduce the risk of suicide.

Objectives To compare suicidal ideation scores between patients with MDD who received standard care incorporating care through the suicide motivation inhibition model, and those who received standard care alone, assessed at baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge.

Design This study employed a two-group experimental design with repeated measures. It applied the Integrated Motivational Volitional (IMV) model of suicidal behavior, combined with principles of cognitive behavioral therapy (CBT) and problem-solving therapy (PST), to develop an intervention framework aimed at inhibiting suicidal motivation among patients with MDD. The intervention

¹Funding support from Somdet Chaopraya Hospital Foundation

²Registered Nurse with Professional Level, Nursing Service Organization, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand.

³Corresponding author, E-mail: somdet_chaopraya@somdet.go.th

was delivered individually over a two-week period, consisting of three sessions per week. Each session incorporated six structured activities: 1) understanding the illness, 2) exploring feelings of defeat and entrapment, 3) identifying automatic thoughts, 4) developing new perspectives, 5) learning problem-solving strategies, and 6) choosing new solutions to address problems.

Methodology The participants comprised patients diagnosed with MDD who met the following inclusion criteria: 1) admission to inpatient psychiatric care within 72 hours, 2) aged between 18 and 60 years, 3) a history of suicide attempt within the past month, 4) a suicidal ideation score of 19 or higher on the Thai version of the Suicidal Ideation Questionnaire, and 5) the ability to listen, speak, read, and write in Thai. A total of 40 participants were recruited through simple random sampling and subsequently assigned to either the experimental group ($n = 20$) or the control group ($n = 20$). The experimental group received the suicide motivation inhibition model in conjunction with standard care for a duration of two weeks, while the control group received standard care based on the level of suicide risk. Research instruments included the Suicide Motivation Inhibition Model, which demonstrated a content validity index of .89, and the Thai version of the Suicidal Ideation Questionnaire, which showed a reliability coefficient of .81. Suicidal ideation scores were assessed at four time points: baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge. Data were collected between January and June 2025. Descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics, while suicidal ideation scores were compared within and between groups using repeated measures two-way analysis of variance (ANOVA). Pairwise comparisons were further examined using Bonferroni post hoc tests.

Results In the experimental group, the majority of participants were female (60%), with a mean age of 25.05 years ($SD = 5.34$), and most were single (80%). The predominant method of suicide attempt was drug overdose (55%). The average duration of illness was 2.7 years ($SD = 1.55$), with a mean of 1.70 prior hospitalizations ($SD = 0.73$). In the control group, the majority were also female (55%), with a mean age of 26.75 years ($SD = 4.68$), and most were single (90%). The most common method of suicide attempt was drug overdose (30%). The average duration of illness was 2.85 years ($SD = 1.49$), with a mean of 1.45 prior hospitalizations ($SD = 0.68$). Comparative analysis of baseline demographic and clinical characteristics revealed no statistically significant differences between the two groups. Repeated measures two-way ANOVA demonstrated that suicidal ideation scores in the experimental group differed significantly across the four assessment points: baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge ($F = 398.160, p < .001$). A significant interaction effect was observed between time and the intervention model ($F = 12.115, p < .001$). Between-group analysis further indicated that suicidal ideation scores differed significantly between the experimental and control groups ($F = 24.945, p < .001$). Pairwise comparisons revealed that suicidal ideation scores at baseline were significantly higher than those immediately after intervention ($MD = 18.50, p < .001$), two weeks after discharge ($MD = 17.175, p < .001$), and four weeks after discharge ($MD = 14.450, p < .001$). Additionally, scores immediately after intervention differed significantly from those at two weeks after discharge ($MD = -1.325, p < .001$) and four weeks after discharge ($MD = -4.050, p < .001$). Finally, suicidal ideation scores at two weeks after discharge were significantly different from those at four weeks after discharge ($MD = -2.725, p < .001$).

Recommendation The suicide motivation inhibition model demonstrated effectiveness in preventing suicidal ideation during the 2–4 week period following hospital discharge. Psychiatric nurses can apply this intervention in the treatment of inpatients with MDD in psychiatric hospitals to enhance patient safety and reduce the risk of suicide.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 14–30

Keywords Suicide motivation inhibition model/ suicide/ suicidal ideation/ patients with major depressive disorder

Received 12 May 2025, Revised 13 August 2025, Accepted 3 October 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน คิดเป็นอัตรา 9.0 ต่อประชากรแสนคน¹ ในประเทศไทย พบข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2562-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7.26 เป็น 7.94 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการตายในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ มีจำนวนฆ่าตัวตายมากที่สุด² จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563³ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า ร้อยละ 92.39 และจากข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายซ้ำสำเร็จหลังจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ภายใน 2 สัปดาห์ พบร้อยละ 2.05⁴ แม้ว่าการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ แต่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายอาจยังคงอยู่แม้อาการซึมเศร้าจะดีขึ้นแล้วก็ตาม⁵ สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการบำบัดรักษาจนเข้าสู่ภาวะปกติ ก็ยังมีโอกาสที่จะกลับไปฆ่าตัวตายได้

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder, MDD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ที่มีอาการสำคัญ คือ อาการซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจอย่างมากจนนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁶ ซึ่งพบความชุกของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 53.10⁷ ตามแนวคิดของแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior: IMV) ของโอคอร์เนอร์และคณะ⁸ พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ตัวแปรหลัก คือ

ความคิดว่าพ่ายแพ้ (defeat) ที่บุคคลนั้นถูกปฏิเสธ สูญเสียจากสังคม และความคิดว่าถูกกักขัง (entrapment) ที่บุคคลนั้นเกิดความคิดว่า ไม่สามารถหลุดพ้น ต้องจำยอมจำนนต่อภาวะที่เผชิญโดยไม่มีทางแก้ไข ความคิดว่าถูกกักขังนับเป็นตัวแปรกลางที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย⁹ และการศึกษาของหวังและคณะ¹⁰ พบว่าความรู้สึกถูกกักขังในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย คงมีอยู่ในระดับสูงในกลุ่มวัยทำงานที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ การยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ด้วยการเข้าใจ การเกิดความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังที่เกิดขึ้นในจิตใจให้ได้ก่อนที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จึงเป็นประโยชน์ในการวางแผน ป้องกันการฆ่าตัวตาย

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) ของเบค¹¹ เป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมาก และพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ให้กับตัวเอง โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อน บิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออกของการฆ่าตัวตาย มีการศึกษาที่เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง ของวูและคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 10-12 ครั้ง ภายใน 10 – 12 สัปดาห์ มีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (SMD = -0.28, 95% CI: -0.36, -0.21)

แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญห (problem-solving therapy: PST) ของเดอซูริลลา และเนซ¹³ เป็นกระบวนการทางปัญญาที่ต้องใช้การวิเคราะห์

กำหนดปัญหา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาตามองค์ประกอบของการแก้ปัญหา มีการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 29 เรื่องของดาวิชีและคณะ¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยทางจิตและประชาชนทั่วไปที่ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก พบว่าทักษะการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความคิดฆ่าตัวตาย (OR = 0.64, 95% CI: 0.50, - 0.82) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้ (OR = 0.51, 95% CI: 0.29, - 0.87)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนอก ใช้เวลาการบำบัดยาวนานกว่า 10 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะเกิดประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่การบำบัดแบบผู้ป่วยใน มีข้อจำกัดของระยะเวลาการรักษาสั้นกว่า การดำเนินกิจกรรมการดูแลรักษาที่มีโครงสร้างการบำบัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์แบบเร่งรัดบำบัดขณะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย อาจช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะการจัดการกับความเครียดฆ่าตัวตายตั้งแต่เข้ารับการรักษานกระทั่งจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ให้ความสำคัญกับรักษาด้วยยาจิตเวช ร่วมกับการประเมินจำแนกและเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ด้วยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การตรวจเยี่ยมประเมินอาการ การจำกัดพื้นที่ การจำกัดพฤติกรรม การกำหนดมาตรการป้องกันอุปกรณ์เครื่องใช้ การให้คำปรึกษาตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และการส่งเสริมการร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ทั้งนี้ การดูแลทางการแพทย์จะลดความเข้มข้นลงตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจนผู้ป่วยไม่มีความคิด

ฆ่าตัวตายก่อนจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีระยะเวลาการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในประมาณ 2-3 สัปดาห์ ซึ่งนับว่ามีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ การดูแลรักษาจึงเป็นลักษณะเร่งรัดบำบัดเพื่อให้ภาวะซึมเศร้าลดลง เพื่อจะไม่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในช่วงที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน การบำบัดทางจิตสังคมจึงไม่ได้ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด และปรับมุมมองต่อการแก้ไขปัญหามาจากแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายที่จะไปช่วยป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายภายหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ในการพัฒนารูปแบบยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการปัจจัยระหว่างแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ทั้งความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังมาเป็นประเด็นหลักในการทำความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบจากปัจจัยแรงจูงใจที่เกิดขึ้น และที่มาจากความเชื่อตามประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา และใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการฝึกวิเคราะห์การแก้ปัญหาเชิงบวก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุดในการลดความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาก่อนทดลอง ช่วงเวลาหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับรูปแบบการยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง น้อยกว่าหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

2. หลังได้รับรูปแบบการยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Integrated Motivational Volitional, IMV) ของโอคอร์เนอร์และคณะ⁸ โดยอธิบายว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากแรงจูงใจที่ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ความรู้สึกพ่ายแพ้ และ 2) ความรู้สึกถูกกักขัง ซึ่งทั้งสองปัจจัยเป็นตัวแปรที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลได้รับการปกป้องจากทั้งสองปัจจัยในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย จะส่งผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายเป็นผลจากความคิด

ของบุคคล โดยประยุกต์ใช้ IMV ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค¹⁵ และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของเดอซูริลา และเนชู¹³ ซึ่ง CBT ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ จากที่พบเจอหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความคิด 2) ความคิด มาจากการรับรู้ที่เกิดอัตโนมัติต่อสิ่งที่พบเจอ หรือมาจากความเชื่อตามประสบการณ์เดิมที่นำไปสู่การแปลความหมายจนเกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรม 3) อารมณ์ เป็นภาวะความรู้สึกทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามความคิด 4) พฤติกรรม เป็นการแสดงออกหรือการกระทำที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากภายในและภายนอก และ 5) สภาวะทางร่างกาย เป็นการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทั้ง 5 ส่วนนี้มีความเชื่อมโยงกัน หากบุคคลได้รับการส่งเสริมการทำความเข้าใจความคิดที่บิดเบือนจากสภาวะความจริง ว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้พ่ายแพ้ต่อปัญหา และตนเองไม่ได้ถูกกักขังกับปัญหา แต่ตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหาก็ได้ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) มุมมองต่อปัญหา การรับรู้ถึงสิ่งเร้าในเชิงบวกหรือเชิงลบ 2) รูปแบบการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล แบบหุนหันพลันแล่น หรือแบบหลีกเลี่ยง และ 3) ผลลัพธ์ เป็นการปรับตัวได้ในเชิงบวก หรือการปรับตัวไม่ได้ในเชิงลบ

เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมให้สามารถคิดวิเคราะห์การแก้ปัญหายังเป็นระบบ จะส่งผลให้มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เป็นสิ่งเร้าในชีวิต ร่วมกับเมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดต่อปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม จึงส่งผลในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

(IMV) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบยั้งแรงใจของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (The suicide motivation inhibition model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย (Understanding the illness) เป็นกระบวนการทบทวนจิตพลวัตร กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง (Exploring feelings of defeat and entrapment) เป็นการประเมินการรับรู้ตามประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เผชิญอยู่ และประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิด

อัตโนมัติ (Identifying automatic thoughts) เป็นการถามอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติจากความเชื่อตามประสบการณ์ของผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ (Developing new perspectives) เป็นการถามให้เกิดวิธีการคิดปรับความคิดตามสถานะเป็นจริง กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบกระบวนการแก้ปัญหา (Learning problem-solving) เป็นการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างรอบคอบ และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ (Choosing new solutions) เป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการลงมือปฏิบัติ (Figure 1)

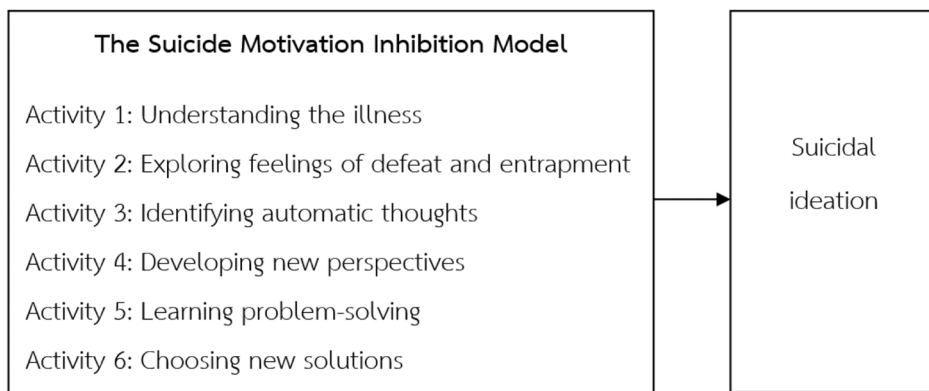


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดผลใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power และใช้การอ้างอิงค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) จากงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันของพิรดา เพิ่มความสุข และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาสาภรณ์¹⁶ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.11248

ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในทุกสองสัปดาห์ผู้ช่วยวิจัยนำหมายเลขผู้ป่วยใน (admission number: AN) ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกมาจับฉลากเพื่อสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 4 คน จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างจับฉลากในกล่องที่มีฉลากระบุหมายเลข 01, 02, 03 และ 04 เมื่อกลุ่มตัวอย่างจับได้หมายเลขใด ผู้ช่วยวิจัยจะทำการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ โดยที่ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าผู้วิจัยกำหนดให้หมายเลขใดเป็นกลุ่มทดลองและหมายเลขใดเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยขั้นตอนข้างต้นซ้ำทุก ๆ สองสัปดาห์ จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 คน จากนั้นจึงจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนโดยการสุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 72 ชั่วโมง 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)¹⁸ ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคออทิซึม กลุ่มสติปัญญาบกพร่อง กลุ่มอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด 2) อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) หรือการกระตุ้นสมองด้วยสนามแม่เหล็ก (transcranial

magnetic stimulation, TMS) หรือจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยา

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบยั้งแรงใจของการฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลสำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วยเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินโรคซึมเศร้า กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง เป็นการประเมินตนเองร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับระดับความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ เป็นการพูดคุยถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าของการคิดฆ่าตัวตาย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ เป็นการพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่แตกต่างจากเดิม การสังเกตถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิม กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบกระบวนการแก้ปัญหา เป็นการทบทวนและวิเคราะห์ถึงผลกระทบของวิธีการแก้ปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ เป็นการระบุวิธีการแก้ปัญหาใหม่และวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่จะเปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกิจกรรมที่ 4-6

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา วิธีการฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicide ideation-Thai version 2014 หรือ SSI-Thai version 2014) ของปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยจิน¹⁸ เป็นแบบประเมินที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนในข้อความทางบวก คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ปานกลางถึงมาก (2 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนในข้อความทางลบ คือ ปานกลางถึงมาก (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) และไม่มีเลย (2 คะแนน) คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-38 คะแนน การแปลผล ค่าคะแนนรวมที่สูงขึ้น หมายถึง การมีความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบยังแข็งแรงจิตใจของการฆ่าตัวตาย ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse, APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วจึงนำไปปรับปรุงและทดลองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เนื้อหาในกิจกรรมเข้าใจได้ง่าย และมีความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองกับกลุ่มทดลองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) นำมาใช้ตามเนื้อหาต้นฉบับที่ตีพิมพ์เผยแพร่ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) .89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .81^{17,18}

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (SD.IRB.APPROVAL 029/2567) รับรองตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2568 ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างโดยได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในระหว่างการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และดำเนินการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการตีพิมพ์ผลการวิจัย 1 ปี ทั้งนี้ จากการวิจัยครั้งนี้อาจเกิดความเสี่ยงระหว่างการวิจัย เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น เมื่อหลังสิ้นสุดการวิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ร่วมวิจัย 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 1 คน ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี และปฏิบัติงานที่

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต และผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลจิตเวชที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยแก่ ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วย สาระสำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยประสานความร่วมมือระหว่างทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมบำบัดให้แก่กลุ่มทดลอง และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลองลงทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ช่วงก่อนทดลอง เมื่อผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)¹⁸ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เริ่มดำเนินการกิจกรรมการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา โดยใช้พื้นที่ที่หอผู้ป่วยกำหนดเป็นพื้นที่เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ห้องสังเกตอาการ และห้องกิจกรรมบำบัด รายละเอียดกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับ “การดูแลตามปกติ” จากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยแบบรายบุคคล ดำเนินการทุกวัน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยง SVEF รหัสเอกสาร NS-FR-09 ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เฉพาะหัวข้อเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้อักษรย่อตัว “S” แทนคำว่า “Suicide” จำแนกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ คือ ระดับรุนแรง (S1) ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย มีการวางแผนทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมหาอุปกรณ์ หรือมีเหตุแว่วสั่งทำร้ายตนเอง การดูแลเป็นการเฝ้าระวังใกล้ชิดแบบ 1:1 อยู่ในพื้นที่จำกัดดูแล ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที จัดเก็บอุปกรณ์ที่จะเป็นอันตราย และอยู่ในพื้นที่จำกัด ระดับปานกลาง (S2) ผู้ป่วยมีความคิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง เศร้า ท้อแท้ การดูแลเป็นการตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ เวน ระมัดระวังของใช้ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษาตามปัญหา และระดับเล็กน้อย (S3) ผู้ป่วยไม่มีญาติมาเยี่ยมหรือญาติปฏิเสธการรับกลับบ้าน การดูแลตรวจเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และส่งเสริมการร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆ

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการดูแลแบบรายบุคคลด้วย “รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย” โดยผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย ดำเนินกิจกรรมแบบวันเว้นวัน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที คือ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 - 3 ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกป่วยและความรู้สึกถูกกักขัง และกิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ สำหรับสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 - 6 ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหา และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ เป็นการเสริมสร้างการคิดหารูปแบบการแก้ปัญหาใหม่ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นบวก สามารถปรับตัวกับปัญหาที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ได้แยกกันให้การบำบัดรายบุคคลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

จำนวน 2 คน ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งให้การบำบัด แก่กลุ่มตัวอย่างได้ 4 คนต่อเดือน และดำเนินกิจกรรม ต่อเนื่องจนได้กลุ่มทดลองครบตามจำนวนที่กำหนด 20 คน

หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยแจ้งผู้ช่วยวิจัยเพื่อ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังทดลอง ทันทันทิ์ที่หือผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่เข้าเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับ และแพทย์พิจารณาให้จำหน่ายได้ ผู้ช่วยวิจัยจะทำการ โทรศัพทน์ัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับ ภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ตามระบบการนัดหมายปกติสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา และส่งข้อมูลให้ผู้วิจัยเพื่อดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีการฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด ด้วยการทดสอบ ของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ประวัติพยายาม ฆ่าตัวตาย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทดสอบด้วย สถิติไคร้สแควร์ (Chi-Square test) อายุ ระยะเวลา การเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ทดสอบด้วย สถิติการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับการ เปรียบเทียบความแตกต่างความแปรปรวนของ คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง แบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยข้อมูลมีการ แจกแจงเป็นแบบปกติ และการทดสอบ Mauchly's test of sphericity พบว่า ความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และทดสอบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ บอนเฟอรอนนี (Bonferroni) กำหนดนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 25.05 ปี ($SD = 5.34$) สถานภาพโสด ร้อยละ 80 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40) อาชีพพนักงานประจำ (ร้อยละ 35) วิธีการฆ่าตัวตายเป็นการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 55) มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 60) ระยะเวลา การเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.7 ปี ($SD = 1.55$) จำนวนครั้งที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.70 ครั้ง ($SD = 0.73$) และผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นพ่อ/ แม่ (ร้อยละ 50) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) อายุเฉลี่ย 26.75 ปี ($SD = 4.68$) สถานภาพโสด (ร้อยละ 90) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60 อาชีพพนักงานประจำ และรับจ้างรายวัน เท่ากันร้อยละ 35 วิธีการฆ่าตัวตายเป็นการกินยาเกิน ขนาด ร้อยละ 30 มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 80) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.85 ปี ($SD = 1.49$) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.45 ครั้ง ($SD = 0.68$) และผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นพ่อ/แม่อ้อยละ 65 ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 21.80 (SD = 2.58) หลังทดลองทันที มีคะแนนเฉลี่ย 2.85 (SD = 2.03) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD = 2.01) และ หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 (SD = 3.43) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ย 22.80 (SD = 2.608) หลังทดลองทันที มีคะแนนเฉลี่ย 4.75 (SD = 2.552) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 7.05 (SD = 3.663) และ หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 11.70 (SD = 5.676) ตามลำดับ (Figure 2)

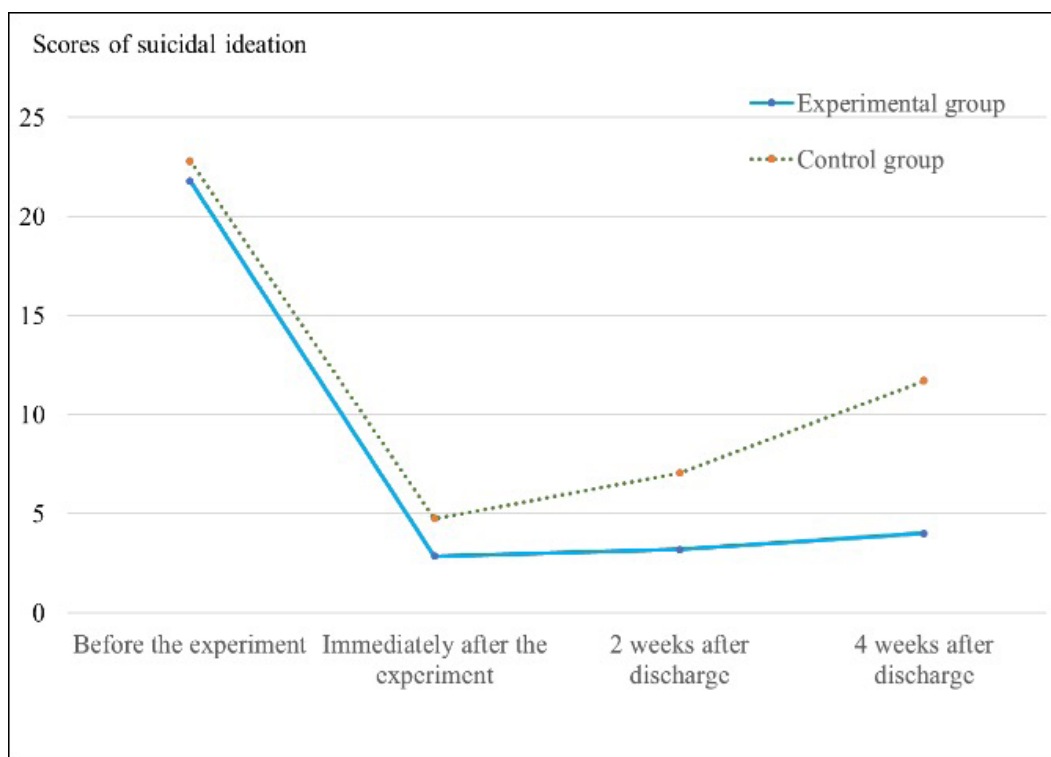


Figure 2 Changes in suicidal ideation between the experimental and control groups

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบ วัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measures) พบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 398.160, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Partial η^2) .913 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและ รูปแบบการยับยั้งแรงใจ มีผลต่อคะแนนความคิด

ฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.115, p = .001$) ขนาดอิทธิพล .242 และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($F = 24.945, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ .396 (Table 1)

Table 1 Two-way repeated measures ANOVA of suicidal ideation scores at baseline, immediately after the experiment, 2 weeks after discharge and 4 weeks after discharge (n=40)

Source of Variance	SS	df	MS	F ^a	p	Partial η^2
Within Group						
Time	8,716.169	1.654	5,268.259	398.160	< .001	.913
Time * Group	265.219	1.654	160.304	12.115	.001	.242
Error	831.862	62.870	13.232			
Between groups						
Groups	522.006	1	522.006	24.945	< .001	.396
Error	795.187	38	20.926			

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลองแตกต่างจากหลังทดลองทันที (MD = 18.50, $p < .001$) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (MD = 17.175, $p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = 14.450, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความคิดฆ่าตัวตาย

ในช่วงเวลาหลังทดลองทันที มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (MD = -1.325, $p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = -4.050, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = -2.725, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

Table 2 Multiple comparisons of suicidal ideation using Bonferroni

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
Before the experiment	Immediately after the experiment	18.500	.556	<.001
	2 weeks after discharge	17.175	.642	<.001
	4 weeks after discharge	14.450	.895	<.001
Immediately after the experiment	2 weeks after discharge	-1.325	.341	<.001
	4 weeks after discharge	-4.050	.589	<.001
2 weeks after discharge	4 weeks after discharge	-2.725	.451	<.001

การอภิปรายผล

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าก่อนทดลอง และมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้จากแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (IMV) ที่ระบุว่าในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลเกิด

ความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังขึ้น จะส่งผลให้เปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับข้อสนับสนุนของแบรนลีย์-เบล และคณะ⁹ ที่พบว่าความรู้สึกถูกกักขัง เป็นตัวกลางระหว่างความรู้สึกพ่ายแพ้กับความคิดฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจและจัดกระทำกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงจะยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของซูซาและคณะ¹⁹ ที่พบว่า

การทำความเข้าใจและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจัดการกับตัวแปรสำคัญที่เป็นความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขังเป็นประโยชน์ในการวางแผนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย และจากผลการวิจัยที่พบว่าปฏิกริยาระหว่างเวลาและรูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายมีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายสอดคล้องกับผลการศึกษาของพีรดา เพิ่มความสุข และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์¹⁶ ที่บูรณาการการพยาบาลร่วมกับการยับยั้งแรงงูใจและความตั้งใจของการฆ่าตัวตาย พบว่า โอกาสในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเป็นรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่ารูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการบำบัดแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องด้วยการประยุกต์การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีลักษณะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริงแทนการรับรู้จากความคิดอัตโนมัติเชิงลบ เป็นการค้นหาความคิด ที่ส่งผลต่อความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญในชีวิต การทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงจะช่วยลดการแปลความหมายที่บิดเบือนจนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เนล และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) แบบรายบุคคลเกิดประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับ

การศึกษาของราซูล และฮาเหม็ด²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมให้สามารถคิดวิเคราะห์การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวทางจัดการกับปัญหาที่เป็นสิ่งเร้า เมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดต่อปัจจัยที่เป็นแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ²¹ ที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ด้วยการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์วีซี และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการมีทักษะการแก้ปัญหาระดับสูงสามารถลดความเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างจากการประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงงูใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) จึงมีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถือเป็นกลยุทธ์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่อาจจะเปลี่ยนผ่านไปสู่การฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จึงอาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างที่เป็นสถานพยาบาลทั่วไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การนำผลวิจัยไปใช้ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สามารถนำรูปแบบที่ยั่งยืนซึ่งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

การวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาการขยายกิจกรรมการบำบัดเพิ่มขึ้นในระยะฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว. สกาวรัตน์ เทพประสงค์ พว.กนกวรรณ บุญเสริม และ นาวาอากาศโทหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง ที่ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการฯ และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Contribution: Wattanaporn Piboonarluk: conceptualization, methodology, software, validation, formal analysis, investigation, resources, data curation, writing original draft, writing review & editing, visualization, supervision, project administration. Sawitree Suriyachai: software, validation, investigation, resources and data curation. Wenich Buracharin: methodology, formal analysis, funding acquisition.

AI Use Disclosure: The authors declare that Chat GPT was used for converting Thai to English.

References

1. World Health Organization. Suicide 2025 [Internet]. [cited 2025 Aug 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Department of Mental Health, Thailand. In 2023, 25,000 Thais attempted suicide, mostly teenagers – MoPH promotes “Mor Prom AI” assistance [Internet]. The Coverage; 2024. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/6082> (in Thai)
3. Department of Mental Health, Thailand. Suicide behavior problems [Internet]. 2020. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
4. Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry. Follow-up statistics of psychiatric patients at high risk of violence, fiscal year 2024. Community Psychiatric Nursing Division; 2024. (in Thai)
5. de Beurs DP, van Borkulo CD, O'Connor RC. Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *Bj Psych Open*. 2017;3(3):120–6. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004275> PMID: 28507771
6. Arunpongpaisal S, Chaiudomsom K, & Virasiri S. Depressive disorders. In: Chaiudomsom K, Paholpak P, Vadhanavikkit P & Aphisitphinyo S, editors. *Psychiatry*. Khon Kaen: Klang nana Whittaya. 2017; p. 185–198 (in Thai)
7. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front Psychiatry*. 2021;12:690130. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690130> PMID: 34603096
8. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268> PMID: 30012735

9. Branley-Bell D, O'Connor DB, Green JA, Ferguson E, O'Carroll RE, O'Connor RC. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *J Psychiatr Res.* 2019; 117:100-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.07.007>
10. Wang C, Keilp JG, Galfalvy H, Bridge JA, Sheftall AH, Szanto K. Entrapment and social problem-solving in suicidal behavior across the adult lifespan. *J Affect Disord.* 2023; 332:303-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.099> PMID: 36842650
11. Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res.* 1997;6(4): 276-84. PMID: 9292441
12. Wu H, Lu L, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Du L, et al. The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: an umbrella review. *J Affect Disord.* 2022; 317:142-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067> PMID: 36041581
13. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3rd ed. New York: The Guilford; 2010. p. 197-225.
13. Darvishi N, Farhadi M, Azmi-Naei B, Poorolajal J. The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2023; 18(10):1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293620> PMID: 37906576
14. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther.* 1997; 35:1039-46. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00073-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00073-9) PMID: 9431735
15. Pheumkhamsuk P, Piboonarluk W. Development of integrated suicide therapy for patients with depression. *Journal of Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry.* 2024;18(1):31-44. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/268673/182249> (in Thai)
16. Hewitt CE, Kumaravel B, Dumville JC, Torgerson DJ. Assessing the impact of attrition in randomized controlled trials. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(11): 1264-70. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.01.010> PMID: 20573482
17. Kittiteerasak P, Muijeen K. Psychometric properties of the Thai version of the Scale for Suicide Ideation (SSI-Thai Version 2014). *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2015;29(1):93-102. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/38411/31820> (in Thai)
18. Souza K, Sosu EM, Thomson S, Rasmussen S. A systematic review of the studies testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Health Psychol Rev.* 2024;18(4):698-722. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2336013> PMID: 38626312
19. Bernal G, Rivera-Medina CL, Cumba-Aviles E, Reyes-Rodriguez ML, Saez-Santiago E, Duarte-Velez Y, et al. Can cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? A randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in Puerto Rico. *Fam Process.* 2019;58(4): 832-54. <https://doi.org/10.1111/famp.12455> PMID: 31077610
21. Rasool AA, Hmad AH. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for suicidal attempt. *J Med Chem Sci.* 2023;6(12):3210-20. <https://doi.org/10.26655/JMCHEMSCI.2023.12.34>
22. Klinpiboon A, Yodklang O, Khanachai V, Khamchomphu, C, Bupahouse S. The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS). *Journal of Mental Health of Thailand.* 2020;28(1):86-98. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/225805/163198> (in Thai)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ในชุมชนเมือง¹

ทัศนีย์วรรณ พุกษามะธานันท์ (พย.ม. ผดุงครรภ์)²

ฐาพัชร์ดา เกียรติเลิศเดชา พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)³

ธิติพร สุวรรณอำภา พย.ม. (พยาบาลศาสตร์)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองที่มีความซับซ้อนด้านสังคม วัฒนธรรม และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง และ 3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

การออกแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย องค์การอนามัยโลกอธิบายว่า ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะนโยบายและระบบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคมและระบบการเมือง แนวคิดนี้ทำให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน จึงต้องมีกระบวนการค้นคว้าใหม่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สามประการสำคัญ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเท่านั้น 2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงอายุของบุคคล และ 3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรคมามากกว่าการรักษาพยาบาล การทำความเข้าใจปัจจัยกำหนดสุขภาพ จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่น จำนวน 382 คนที่กำลังศึกษาในสถาบันการศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 13-19 ปี และ 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และนักเรียนเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

¹ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

⁴ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์, E-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th.

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.20) อายุเฉลี่ย 15.78 ปี ($SD = 1.73$) กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 59.00) เกรดเฉลี่ย 3.00–4.00 (ร้อยละ 58.10) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 75.70) ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในชีวิตมากที่สุด คือ เพื่อนสนิท (ร้อยละ 54.90) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา พบว่า สถาบันการศึกษาแต่ละแห่งมีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสุขภาพดี (ร้อยละ 94.2) โดยกำหนดให้สถานศึกษาเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ (ร้อยละ 68.4) มีการจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง (ร้อยละ 71.2) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนสุขภาพ (ร้อยละ 86.9) มีการจัดโรงอาหารที่สะอาดปลอดภัย (ร้อยละ 63.4) มีการจัดให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพให้กับผู้เรียน (ร้อยละ 90.6) สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 2.65$, $SD = 0.15$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้น ด้านการสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.38$, $SD = 0.13$) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับไม่ดี ($M = 1.52$, $SD = 0.08$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า มีเพียงด้านพฤติกรรม 3 อ. เท่านั้น ที่อยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.22$, $SD = 0.12$) ส่วนอีก 3 ด้าน อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย ($M = 1.11$, $SD = 0.06$) ด้านพฤติกรรมทางสังคม ($M = 1.37$, $SD = 0.08$) และด้านพฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ ($M = 1.37$, $SD = 0.08$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Enter พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ระดับการศึกษา และผลการเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 21.580$, $p < .001$) โดยอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = 0.215$) ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงที่สุด ($\beta = .620$, $p < .001$) ในขณะที่ระดับการศึกษา มีอิทธิพลเชิงลบ ($\beta = -.100$, $p = .023$) และผลการเรียนมีอิทธิพลเชิงบวกในระดับต่ำ ($\beta = .090$, $p = .032$)

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง ทั้งนี้เพื่อให้วัยรุ่นในเขตเมืองมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ วัยรุ่น ชุมชนเมือง พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
วันที่ได้รับ 23 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ต.ค. 68

Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities¹

Tasaneewan Purksametanan, M.S.N.²

Thapatlada Kiatlertdecha, M.S.N.³

Thitiphorn Suwan-ampa, M.S.N.⁴

Factors Predicting Health Risk Prevention Behaviors among Adolescents in Urban Communities

Objectives

- 1) To describe health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities
- 2) To describe health literacy among adolescents in urban communities
- 3) To examine factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities

Conceptual Framework

This study used the social determinants of health as a conceptual framework.

Design A descriptive predictive correlational design

Methodology

Sample: 382 adolescents enrolled in educational institutions in Bangkok, Thailand.

Sampling: Multi stage random sampling

Sample size: Based on Krejcie & Morgan (1970)

Instruments:

- 1) General information: 11 items, including educational level, household members, and decision influencers.
- 2) Health literacy scale: 36 items, with a Cronbach's alpha coefficient of .95.
- 3) Health risk prevention behaviors: 23 items, with a Cronbach's alpha coefficient of .76.

Data collection: Self-administration

Results

- More than half of the participants were female (55.2%), mean age of 15.78 years (SD = 1.73)
- Education: Lower secondary education (59.0%), GPA 3.00–4.00, living with parents (75.7%)
- Health Literacy: Overall is at a high level, but the preventive behaviors dimension was low.
- Correlation: Health literacy showed the strongest correlation with health risk prevention behaviors ($r = 0.427$, $p < .01$)
- All predictors together explained 21.5% of the variance in health risk prevention behaviors, with overall health literacy emerging as the strongest predictor ($\beta = 0.620$, $p < .001$), while educational level showed a negative influence ($\beta = -.100$, $p = .023$), and academic performance demonstrated a weak positive influence ($\beta = .090$, $p = .032$).

Recommendation

Based on the findings of this study, relevant governmental and private sector agencies should develop programs or activities that emphasize promoting health literacy among adolescents in urban communities. Furthermore, establishing supportive networks among peers, household members, and schools is essential to foster the sustainable promotion of healthy behaviors and strengthen health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities.



Journal of Thailand Nursing
and Midwifery Council



Tasaneewan Purksametanan, M.S.N.

Thapatlada Kiatlertdecha, M.S.N.

Thitiphorn Suwan-ampa, M.S.N.

Extended Abstract

Introduction Adolescence is a developmental stage characterized by significant physical, psychological, and social changes. During this period, adolescents are more likely to engage in health risk behaviors, which constitute a critical concern with long-term implications for overall well-being. This issue is particularly marked in urban communities, where complex social, cultural, and environmental dynamics are rapidly evolving. Investigating the predictive factors of health risk prevention behaviors among adolescents can provide valuable insights for developing effective strategies to reduce health risk behaviors in this population.

Objectives The objectives of this research were to study: 1) the health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities; 2) the level of health literacy among adolescents in urban communities; and 3) the factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities.

¹ Thailand Science Research and Innovation (TSRI), Bangkok, Thailand

² Assistant Professor, Department of Family Nursing and Midwifery, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand

³ Lecturer, Faculty of Nursing Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

⁴ Corresponding author, Lecturer, Department of Family Nursing and Midwifery, Princess Ajarajakumari Faculty of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Bangkok, Thailand; E-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th

Design This study employed a descriptive predictive correlational design, applying the concept of social determinants of health as its theoretical framework. The World Health Organization defines social determinants of health as the conditions in which individuals are born, grow, work, and live, as well as the broader systems that shape daily life, including economic policies, social norms, social policies, and political structures. This perspective highlights the complexity of health problems and emphasizes the need for new paradigms in healthcare, with three key aspects: 1) recognition that the causes of disease and illness extend beyond individual-level factors such as genetics, physiology, or behavior; 2) consideration of holistic influences that affect health across the lifespan; and 3) emphasis on strengthening disease prevention rather than focusing solely on medical treatment. Understanding the social determinants of health provides a foundation for more effective approaches to promoting and protecting individual and population health.

Methodology The sample comprised 382 adolescents enrolled in educational institutions located in the Lak Si district of Bangkok. Participants were selected through multistage random sampling. Inclusion criteria were: 1) being between 13 and 19 years of age, and 2) obtaining parental consent and providing voluntary assent to participate in the study. Data were collected using a self-administered questionnaire consisting of four sections: 1) demographic information, 2) school health service system, 3) a health literacy assessment, and 4) an assessment of health risk prevention behaviors. Data analysis was conducted using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results More than half of the participants were female (55.20%), with a mean age of 15.78 years (SD = 1.73). The majority were enrolled in lower secondary education (59.00%) and reported a grade point average between 3.00 and 4.00 (58.10%). Most adolescents lived with their parents (75.70%), and close friends were identified as the most influential figures in their life decisions (54.90%). Regarding school health service systems, most institutions had policies promoting student health (94.2%), including smoke-free school policies (68.4%), activities to strengthen schools (71.2%), supportive health environments (86.9%), safe and hygienic cafeterias (63.4%), and provision of health information to students (90.6%). Overall, health literacy among participants was at a good level (M = 2.65, SD = 0.15). When examined by domain, all aspects of health literacy were rated good, except for the domain of creating health-related information and activities, which was rated moderate (M = 2.38, SD = 0.13). In contrast, preventive health-risk behaviors were generally poor (M = 1.52, SD = 0.08). By specific domains, only the “3E behaviors” (exercise, eating, and emotional management) were rated moderate (M = 2.22, SD = 0.12), while three domains were rated poor: avoidance of harmful substances (M = 1.11, SD = 0.06), social behaviors (M = 1.37, SD = 0.08), and sexual risk reduction behaviors (M = 1.37, SD = 0.08). Multiple regression analysis using the Enter method revealed that health literacy, educational level, and academic performance significantly predicted health risk prevention behaviors ($F = 21.580$, $p < .001$), accounting for 21.5% of the variance (Adjusted $R^2 = 0.215$). Health literacy was the strongest positive predictor ($\beta = .620$, $p < .001$), while educational level showed a negative influence ($\beta = -.100$, $p = .023$), and academic performance demonstrated a weak positive influence ($\beta = .090$, $p = .032$).

Recommendation Relevant governmental and private sectors may utilize the findings of this study to develop programs that promote modifiable social determinants of health, with particular emphasis on enhancing health literacy related to risk prevention among urban adolescents. Such initiatives aim to foster more appropriate health risk prevention behaviors among adolescents residing in urban communities.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 31-48

Keywords adolescents / urban community / health risk prevention behaviors / health literacy

Received 23 May 2025, Revised 11 August 2025, Accepted 3 October 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นและเยาวชนไทยปัจจุบันต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่หลากหลาย อันเนื่องมาจากสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมรอบตัวที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาทิ พฤติกรรมความรุนแรงที่ถูกซึมซับจากครอบครัว เช่น การเห็นหรือถูกใช้ความรุนแรงในบ้าน รวมถึงการเสพสื่อออนไลน์และเกมที่มีเนื้อหารุนแรง ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นไทย (Global School-based Student Health Survey: GSHS) ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) พบว่า วัยรุ่นไทยร้อยละ 27 เคยมีส่วนร่วมในพฤติกรรมทะเลาะวิวาททางร่างกาย และร้อยละ 14 เคยถูกทำร้ายทางกายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา¹ การเข้าถึงสื่อลามกอนาจารผ่านช่องทางออนไลน์เป็นอีกปัจจัยเสี่ยงสำคัญจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า วัยรุ่นไทยร้อยละ 35 เคยเข้าถึงสื่อลามกก่อนอายุ 15 ปี² และร้อยละ 22 เคยมีเพศสัมพันธ์โดยในจำนวนนี้เพียงร้อยละ 64 ใช้ถุงยางอนามัยสภาพที่อยู่อาศัยในชุมชนเมืองโดยเฉพาะในพื้นที่ที่ประชากรมีความหนาแน่นสูงและอยู่ใกล้แหล่งมั่วสุม เช่น ผับ บาร์ แหล่งจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือพื้นที่ที่มีอาชญากรรมสูง เป็นอีกปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดได้ง่าย จากการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า วัยรุ่นกลุ่มอายุ 15–19 ปี มีรายงานการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาถึงร้อยละ 9.0 โดย ร้อยละ 2.2 ดื่มสม่ำเสมอ และร้อยละ 6.8 ดื่มนานๆ ครั้ง³ นอกจากนี้ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล การสื่อสาร และปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence, AI) แม้จะเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงความรู้และบริการสุขภาพ แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงต่อการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากข้อมูลบิดเบือน

และเปิดโอกาสให้เข้าถึงเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม เช่น เนื้อหาในเรื่องของเพศสัมพันธ์ การตลาดที่กระตุ้นการใช้แอลกอฮอล์ สารเสพติด การพนันออนไลน์ด้วยเช่นกัน

กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางของความเจริญในทุกๆ ด้าน พฤติกรรมการบริโภคนิยม การซึมซับวัฒนธรรมต่างชาติ การก้าวกระโดดของเทคโนโลยีสมัยใหม่ แฟชั่น เครื่องแต่งกาย ระบบการศึกษา ศูนย์การค้าขนาดใหญ่ ผับ บาร์ ร้านอาหารแหล่งบันเทิงทุกรูปแบบ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้วัยรุ่นในพื้นที่เขตชุมชนเมืองมีค่านิยมแบบวัตถุนิยม ยึดติดสินค้ามีเยื่อหุ้ม ราคาแพง ดัดอาหารฟาสต์ฟูด ขนมกรุบกรอบ มีการการระบาดของ บุหรี่ เหล้า เบียร์ สารระเหย ยาบ้า ยาเลิฟ ยาอี ซึ่งวัยรุ่นและเยาวชนมีบทบาททั้งเป็นเหยื่อและถูกใช้เป็นเครื่องมือในระบบตลาด เพศเสรี สังคมที่มีคูรัก มีกิ๊ก มีการเปลี่ยนคู่นอน ชายบริการทางเพศแบบแอบแฝง การมีความรุนแรงในพฤติกรรมและอารมณ์ การขาดการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตที่ถูกต้อง การมีช่องว่างระหว่างพ่อแม่ ผู้ปกครองกับบุตรหลานวัยรุ่น การเข้าถึงสื่อพนันออนไลน์ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นในเขตเมืองต้องเผชิญกับความท้าทายและปัญหาที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น⁴ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตระบุว่า วัยรุ่นไทยอายุ 13–17 ปี ร้อยละ 17.6 เคยมีความคิดทำร้ายตนเอง และมีความคิดทำร้ายตนเองนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของกลุ่มวัยรุ่น^{5,6} อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่นนั้นมิได้เป็นผลจากปัจจัยเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลายปัจจัย เช่น ความรู้ ทัศนคติ อิทธิพลจากครอบครัว เพื่อน กลุ่มสังคม⁷ รวมถึงการรับรู้ตนเองและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือบริการด้านสุขภาพ⁸ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความแออัด

มลพิษ ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน³ การขาดพื้นที่ออกกำลังกาย ขาดพื้นที่ในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้วัยรุ่นและเยาวชนขาดทักษะชีวิตที่นำมาใช้ในการเลือก ตัดสินใจ ส่งผลให้วัยรุ่นไม่สามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁹ ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นอย่างลึกซึ้ง เพื่อวางแผนพัฒนานโยบายหรือมาตรการที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศชายมีแนวโน้มเข้าร่วมพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ขณะที่เพศหญิงมีความตระหนักด้านการป้องกันสูงกว่า และอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น⁹ วัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยกว่า ทั้งในเรื่องของการใช้สารเสพติด การป้องกันตนเองทางเพศ ดังนั้น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีจึงเป็นทั้ง “ตัวป้องกัน” และ “ตัวชี้วัดความเสี่ยง” ของพฤติกรรมในวัยรุ่นได้¹⁰ เช่นเดียวกับวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มั่นคง และมีการดูแลจากพ่อแม่ใกล้ชิด มีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงที่ดีกว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยที่มากขึ้น และการที่วัยรุ่นอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การรับรู้ความสำคัญของสุขภาพ¹²

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในปัจจุบัน มีปัจจัยเกี่ยวข้องจากหลากหลายมิติ และมีความซับซ้อนมากขึ้นตามความก้าวหน้าทางสังคม

สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health, SDH) ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่าเป็นสภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน ดำรงชีวิตอยู่ ตลอดจนระบบซึ่งกำหนดเงื่อนไขในชีวิตประจำวัน เช่น นโยบายและระบบเศรษฐกิจ บรรทัดฐานทางสังคม นโยบายสังคม และระบบการเมือง เป็นต้น แนวคิดนี้ชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน จำเป็นต้องมีกระบวนการทัศน์ใหม่ในการดูแลสุขภาพประชาชน สามประการสำคัญ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าปัจจัยการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเท่านั้น 2) การพิจารณาปัจจัยองค์รวมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพตลอดช่วงอายุของบุคคล และ 3) การเพิ่มบทบาทการป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล¹³

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยเป็นความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ สามารถโต้ตอบข้อซักถาม สามารถประเมินตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลือกรับ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์และบริการเพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้^{14,15} ซึ่งองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมี 6 ด้าน¹⁶ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognition) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media-literacy)¹⁷ ความรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อความรู้และพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง มีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรม

ป้องกันความเสี่ยง เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด สูงกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงในวัยรุ่น และจะช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้¹⁸ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น¹⁹ อีกทั้งการที่สถาบันการศึกษา มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการดูแลสุขภาพ จะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ทั้งด้านพฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด²⁰

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ อันจะนำไปสู่แนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง
3. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (ลักษณะของการพักอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (ลักษณะของการพักอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษา และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health, SDH)¹³ ซึ่งอธิบายว่า สุขภาพของบุคคลไม่ได้ถูกกำหนดจากพันธุกรรม หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกหลายมิติ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจ รายได้ ความยากจน โอกาสทางการศึกษา ระดับการศึกษาและคุณภาพการศึกษา การเข้าถึงและคุณภาพการดูแลสุขภาพ สภาพชุมชนและสิ่งแวดล้อมความสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น การทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ จะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น และพิจารณานำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาศึกษาในครั้งนี้ 4 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ (Gender) อายุ (Age) ระดับการศึกษา (Educational level) ผลการเรียนรู้ (Grade Point Average, GPA) 2) ปัจจัยด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Family & Social Environment Factors) ได้แก่ ลักษณะของการพักอาศัย (Household members) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (Decision influencer(s)) 3) การจัดระบบบริการสุขภาพในสถาบันการศึกษา

(School Health Service System) และ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ในชุมชนเมือง ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 พฤติกรรมย่อย ได้แก่ 1) พฤติกรรม 3 อ. (“3E’s” Healthy

behavior) ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ 2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย (Avoidance of harmful substances and drugs) 3) พฤติกรรมทางสังคม (Social behavior: positive social interaction) และ 4) พฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ (Sexual risk reduction behavior) (Figure 1)

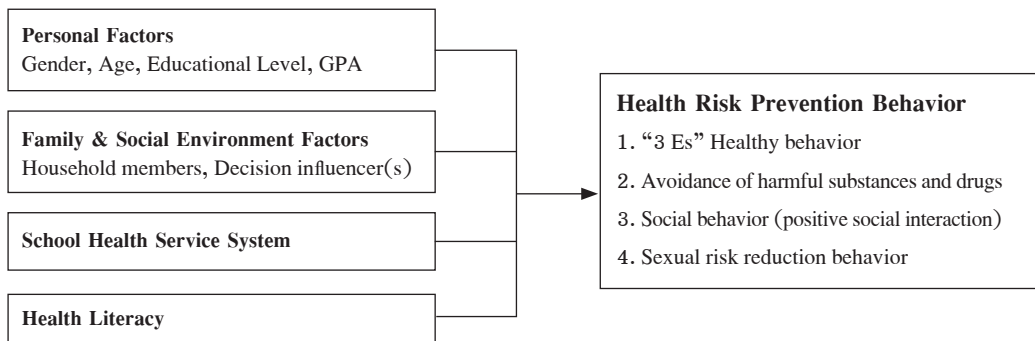


Figure1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 7,022 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นจำนวน 382 คนที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาและระดับอาชีวศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) อายุระหว่าง 13-19 ปี 2) ผู้ปกครองและวัยรุ่นยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ เนื่องจาก การย้ายโรงเรียน ย้ายที่พักอาศัยจากเขตพื้นที่

การกำหนดขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Krejcie & Morgan (1970)²¹ ได้ขนาดตัวอย่าง 364 คน เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10²² ได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 400 คน

การคัดเลือกตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกสถาบันการศึกษาที่ตั้งในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ทั้งภาครัฐและเอกชน จากสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาทั้งหมด 8 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในทิศเหนือ ทิศใต้ ทิศตะวันออก และทิศตะวันตก ของเขตหลักสี่ จับนลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) ได้สถาบันการศึกษา 4 แห่ง จากทิศละ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 2 ในแต่ละสถาบัน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิ (stratum) ตามระดับชั้นเรียนของแต่ละสถาบันการศึกษา แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก (Simple random sampling) เพื่อให้ได้ระดับชั้นดังนี้ สถาบันจากทิศเหนือ เป็นสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีนักเรียน 6 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 3 ระดับชั้น สถาบันจากทิศใต้ เป็นสถาบันการศึกษาขยายโอกาส มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น สถาบันจากทิศตะวันออกเป็นสถาบันการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขยายโอกาส มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มเลือกอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น และสถาบันจากทิศตะวันตกเป็นสถาบันการศึกษาอาชีวศึกษา มี 3 ระดับชั้น ทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้ 1 ระดับชั้น

ขั้นตอนที่ 3 เมื่อได้ระดับชั้นแล้ว จึงทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากรายชื่อนักเรียนในแต่ละระดับชั้น ของแต่ละสถาบันตามสัดส่วน (Proportion) เพื่อให้ได้ตัวอย่างจำนวน 400 คน ดังนี้ สถาบันจากทิศเหนือ จำนวน 229 คน สถาบันจากทิศใต้ จำนวน 38 คน สถาบันจากทิศตะวันออก จำนวน 38 คน และสถาบันจากทิศตะวันตก จำนวน 95 คน รวม 400 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ (เกรดเฉลี่ยต่อปี) ลักษณะที่พักอาศัย (ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ พักอาศัยกับพ่อแม่ อาศัยกับญาติ หอพักหรืออื่นๆ) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (ลักษณะการตอบ

เป็นแบบเลือกตอบ คือ ตนเอง เพื่อน พ่อแม่หรืออื่นๆ)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายของสถานศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพ 2) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในสถานศึกษาเพื่อสนับสนุนสุขภาพ 3) การจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง 4) ข้อมูลทางสุขภาพที่สถานศึกษาจัดให้แก่ผู้เรียน และ 5) การจัดระบบบริการสุขภาพภายในสถานศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก (3.51-4.00 คะแนน) ระดับดี (2.51-3.50 คะแนน) ระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) และระดับไม่ดี (1.00-1.50 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ นำมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่นของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ด้านละ 6 ข้อ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4) การประเมินเพื่อการตัดสินใจ 5) การนำข้อมูลและบริการไปใช้ 6) การสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก 3.51-4.00 คะแนน ระดับดี 2.51-3.50 คะแนน ระดับพอใช้ 1.51-2.50 คะแนน และระดับไม่ดี 1.00-1.50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพวัยรุ่น ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ มีข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรม 3 ข้อ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ข้อคำถามเป็นคำถามด้านลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ดีมาก 2 = ดี 3 = พอใช้ 4 = ไม่ดี) 2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านลบทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 = ดีมาก 2 = ดี 3 = พอใช้ 4 = ไม่ดี) 3) พฤติกรรมทางสังคมจำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี) 4) พฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศ จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามเป็นด้านบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (4 = ดีมาก 3 = ดี 2 = พอใช้ 1 = ไม่ดี)

การแปลผล แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 4 ระดับ²³ ดังนี้ ระดับดีมาก 3.51-4.00 คะแนน ระดับดี 2.51-3.50 คะแนน ระดับพอใช้ 1.51-2.50 และระดับไม่ดี 1.00-1.50 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชกรรม และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ตรวจสอบ

ความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของเนื้อหา ในด้านการใช้ภาษา ความชัดเจนของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหาและตรงตามวัตถุประสงค์ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษา .94 และส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ .89 หลังจากได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะแล้ว ได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียน นักศึกษาในเขตหลักสี่ ที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .76 และแบบสอบถามส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากันคือ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ รหัสโครงการ 097/2563 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในพื้นที่เขตหลักสี่ เลขหนังสือ กท7807/3217 วันที่รับรอง 2 มีนาคม พ.ศ. 2564 – 2 มีนาคม พ.ศ. 2566 ก่อนเก็บข้อมูลทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถานศึกษาเพื่อชี้แจงข้อมูลของการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยมอบเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างและให้นำไปให้ผู้ปกครองเพื่อลงนามในกรณีที่ผู้ปกครองมีข้อสงสัย ได้ให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อกลับ เมื่อได้รับความยินยอมเป็น

ลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองแล้ว จึงเริ่มเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการบอกญาติ หรือยกเลิกเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่ มีผลกระทบใดๆ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้รหัสแทน การระบุ ชื่อ-สกุล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย ภายหลังการเผยแพร่งานวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอใน ภาพรวม โดยนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ทีมผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้บริหารของสถาบันการศึกษา ทั้ง 4 แห่ง เมื่อ ได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละสถาบัน โดยทาง สถาบันการศึกษาได้จัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถาม ที่มีความเป็นส่วนตัวให้ เก็บข้อมูลในช่วงหลังเลิกเรียน เพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา ไม่เกิน 45 นาที ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทาง สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การจัดบริการสุขภาพ ในสถานศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ ลักษณะที่พั กอาศัย ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ การจัดระบบบริการ สุขภาพในสถานศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson product-moment correlation

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Enter การทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีความเป็นอิสระของค่าคงเหลือ (No autocorrelation) การกระจายตัวของค่าคงเหลือ ใกล้เคียงปกติ (Normality) มีความสัมพันธ์เชิงเส้น ระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม (Linearity) มีความคงที่ของความแปรปรวน (Homoscedasticity) และไม่มีปัญหาความสัมพันธ์เชิงพหุคูณ (No multicollinearity) ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัย กำหนดรหัส (Dummy coding) ดังนี้ เพศ (ชาย = 0, หญิง = 1, ไม่ระบุเพศ = 2), ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น = 0, มัธยมศึกษาตอนปลาย = 1, อาชีวศึกษา = 2), ลักษณะของการพักอาศัย (พักอาศัย กับพ่อแม่ = 0, พักอาศัยกับญาติ = 1, หอพัก = 2), ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ (ตนเอง = 0, เพื่อน = 1, พ่อแม่ = 2, อื่น ๆ = 3)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 382 คน เนื่องจากในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ไม่สะดวกเข้าร่วมวิจัยจำนวน 10 คน และภายหลัง เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว มีข้อมูลไม่ครบถ้วน 8 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.20) อายุเฉลี่ย 15.78 ปี (SD = 1.73) ศึกษา ระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 59.00) เกรดเฉลี่ย 3.00-4.00 มากที่สุด (ร้อยละ 58.10) รองลงมาคือ 2.00-2.99 (ร้อยละ 38.10) ค่าเฉลี่ยของเกรด 3.09 (SD = 0.56) ส่วนใหญ่พักอาศัยที่บ้านพ่อแม่ (ร้อยละ 75.70) รองลงมาคือ หอพัก (ร้อยละ 12.70) และ บ้านป่ย่าตายาย (ร้อยละ 11.60) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อ การตัดสินใจในชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพื่อนสนิท (ร้อยละ 54.90) รองลงมา คือ ตนเอง (ร้อยละ 40.20) และ พ่อ-แม่ น้อยที่สุด (ร้อยละ 3.00)

การจัดระบบบริการสุขภาพในสถานศึกษาพบว่า สถาบันการศึกษากำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ผู้เรียนมีสุขภาพดี (ร้อยละ 94.2) โดยกำหนดให้มีการจัดให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพให้แก่ผู้เรียน (ร้อยละ 90.6) มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนสุขภาพ (ร้อยละ 86.9) มีการจัดกิจกรรมเพื่อสถานศึกษาเข้มแข็ง (ร้อยละ 71.2) กำหนดให้สถานศึกษาเป็นโรงเรียนปลอดบุหรี่ (ร้อยละ 68.4) และมีการจัดโรงอาหารที่สะอาดปลอดภัย (ร้อยละ 63.4)

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($M = 2.65$,

$SD = 0.15$) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน อยู่ในระดับดี ได้แก่ 1) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 2.86$, $SD = 0.15$) 2) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับดี ($M = 2.59$, $SD = 0.14$) 3) ด้านการประเมินเพื่อการตัดสินใจ ($M = 2.77$, $SD = 0.15$) 4) ด้านการนำข้อมูลและบริการไปใช้ ($M = 2.69$, $SD = 0.15$) และ 5) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($M = 2.61$, $SD = 0.15$) $SD = 0.15$) สำหรับด้านการสร้างสรรค์ข้อมูลและกิจกรรมเพื่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($M = 2.38$, $SD = 0.13$) (Table 1)

Table 1 Health literacy components among adolescents in urban communities (n= 382)

Health Literacy	M	SD	Level
Overall	2.65	0.15	Good
Access to health information and services	2.61	0.14	Good
Understanding health information and services	2.86	0.15	Good
Communication to enhance health literacy	2.59	0.14	Good
Evaluation and decision-making	2.77	0.15	Good
Application of health information and services	2.69	0.15	Good
Creation of health-related information and activities	2.38	0.13	Fair

พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น พบว่า ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยในระดับไม่ดี ($M = 1.52$, $SD = 0.08$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกาย พฤติกรรมทางสังคม และพฤติกรรมลดเสี่ยงทางเพศอยู่ในระดับไม่ดี

มีคะแนนเฉลี่ย 1.11 ($SD = 0.06$), 1.37 ($SD = 0.08$) และ 1.37 ($SD = 0.08$) ตามลำดับ มีเพียงพฤติกรรมด้าน 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) เท่านั้น ที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับพอใช้ ($M = 2.22$, $SD = 0.12$) (Table 2)

Table 2 Health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities (n=382)

Health risk prevention behavior	M	SD	level
Overall	1.52	0.08	Poor
The “3Es” health behaviors	2.22	0.12	Fair
Avoidance of harmful substances and drugs	1.11	0.06	Poor
Social behavior (positive social interaction)	1.37	0.08	Poor
Sexual risk reduction behavior	1.37	0.08	Poor

ผลการวิเคราะห์ Correlation matrix พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ($r = .427$, $p < .01$) ในขณะที่ผลการเรียน (GPA) มีความสัมพันธ์

ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ($r = .150$, $p < .05$) และ ระดับการศึกษา (Educational level) พบความสัมพันธ์เล็กน้อยในทางลบ ($r = -.085$, $p < .05$) (Table 3)

Table 3 Correlation matrix of the study variables (n=382)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Health risk prevention behaviors	1.000								
2. Educational level	-.085*	1.000							
3. GPA	.150*	-.0276**	1.000						
4. Age	-.006	.736*	-.151*	1.000					
5. Gender	-.075	.079	-.044	-.016	1.000				
6. Household members	.007	.082	.020	.080	-.129*	1.000			
7. Decision influencers	.061	-.088*	.036	-.135*	-.033	-.019	1.000		
8. School health service system	.142	.078	.059	.133*	.028	.375**	.344**	1.000	
9. Health literacy	.427**	.120*	.246**	-.053	-.084	-.184*	-.083	-.164*	1.00

* $p < .05$ ** $p < .01$

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธี Enter พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นได้ ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = .215$; $F = 21.580$, $p < .05$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

($\beta = 0.620$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.100$, $p = .023$) ผลการเรียน ($\beta = 0.090$, $p = .032$) โดย ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้สูงสุด รองลงมา คือ ระดับการศึกษาและผลการเรียนตามลำดับ (Table 4)

Table 4 Factors predicting health risk prevention behaviors among adolescents in urban communities using Multiple regression analysis (n=382)

Predictors	b	Beta	t	p
Constant (a)	49.270	-	-	-
Health literacy	.335	.620	9.801	<.001
Educational level	-1.050	-0.100	-2.280	.023
GPA	0.520	0.090	2.150	.032

a = 49.270, $R^2 = 0.223$, Adjusted $R^2 = 0.215$, $F = 21.580$, $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำเมื่อวิเคราะห์ในรายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกายอยู่ในระดับต่ำที่สุด สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพนักเรียนโดยองค์การอนามัยโลก (Thailand Global School-Based Student Health Survey, GSHS) ในปี ค.ศ. 2021 (พ.ศ. 2564) ที่รายงานว่าวัยรุ่นไทยยังมีความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอยู่ในระดับที่ต่ำถึงวล²⁴ และยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องของการหลีกเลี่ยงสารและสิ่งเสพติดที่เป็นพิษต่อร่างกายนั้นมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก โดยกลุ่มที่มีความรอบรู้ในด้านนี้ต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า²⁵ การศึกษาในกลุ่มประเทศระดับอาเซียน พบว่า การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ และประเทศไทยอยู่ในกลุ่มที่มีความชุกสูง ผลจากการสำรวจของ Youth Risk Behavior Survey ระบุว่า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในปัญหาหลักของวัยรุ่นเมือง²⁴ เช่นเดียวกับพฤติกรรมทางสังคม สำหรับพฤติกรรมด้านลดความเสี่ยงทางเพศที่พบว่าอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ที่พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางและการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดการป้องกันที่สูง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง พบว่า วัยรุ่นมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามด้านความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์ยังอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าการพัฒนา

ของเทคโนโลยี และการสื่อสารทำให้วัยรุ่นมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างกว้างขวางและสะดวก แต่พบว่า วัยรุ่นยังขาดทักษะในการกลั่นกรองข้อมูลและการเลือกใช้สื่อที่ถูกต้อง²⁷ ในภาพรวมของการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี สามารถใช้ข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเพื่อประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพได้²⁸ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับวัยรุ่นจึงเป็นแนวทางสำคัญที่ควรได้รับการสนับสนุน

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในชุมชนเมือง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และผลการเรียนสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ร้อยละ 21.5 (Adjusted $R^2 = .215$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลเชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพมากที่สุดคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.620, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมี แนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนารี หอมจันทร์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันการตั้งครรภ์ และการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ได้สูงกว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹ และการเพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างชัดเจน ในทางกลับกันพบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลเชิงลบต่อพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น ($\beta = -0.100, p = .023$)

สอดคล้องกับแนวคิดของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ²⁰ ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยเชิงโครงสร้าง เช่น ระดับการศึกษา โอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และบริบททางสังคม มีอิทธิพลต่อรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของประชากร การที่ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกัน อาจสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มวัยรุ่นที่มีการศึกษาสูงอาจมีความมั่นใจในตนเองสูงขึ้นและเชื่อว่าตนสามารถควบคุมความเสี่ยงได้ จึงอาจละเลยต่อพฤติกรรมป้องกันบางอย่างสำหรับการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ที่พบอิทธิพลเชิงลบในระดับน้อย อาจสะท้อนถึงช่องว่างในระบบบริการสุขภาพสำหรับวัยรุ่นในเขตเมืองที่ยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ช่องทางการเข้าถึงบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัยรุ่น หรือการสื่อสารด้านสุขภาพที่ยังขาดความเป็นมิตรและเข้าใจง่าย ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถแยกแยะข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องได้ ส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

อายุ เพศ ลักษณะของการพักอาศัย ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และระบบบริการสุขภาพในโรงเรียน ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในเขตเมืองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านพัฒนาการตามช่วงอายุและเพศของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีค่อนข้างน้อย ลักษณะของการพักอาศัยและผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอาจมีการประเมินตามนิยามที่ค่อนข้างกว้างเพียงหนึ่งข้อคำถาม และแม้โรงเรียนจะมีระบบบริการสุขภาพ แต่อาจไม่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีความแตกต่างด้านลักษณะประชากร เศรษฐกิจ สังคมกับชุมชนเมืองอื่นๆ จึงเป็นข้อจำกัดในการอ้างอิงข้อมูลไปยังชุมชนเมืองที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับวัยรุ่น ในพื้นที่เขตชุมชนเมือง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. สถาบันการศึกษาควรบูรณาการกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มเพื่อนๆ และกิจกรรมในมิติการเข้าถึงข้อมูล การประเมิน และการประยุกต์ใช้ โดยครอบคลุมหัวข้อ การป้องกันสารเสพติด การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ปลอดภัย และการป้องกันความเสี่ยงทางเพศ ควบคู่กับการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วน อาทิ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขตหลักสี่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงเรียน และมหาวิทยาลัยในเขตหลักสี่ ที่ทำให้การวิจัยดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์

Declaration Statements

Conflict of Interest No

Author Contribution: Purksametanan T: Conceptualization, Methodology; Kiatlertdecha T: Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and editing, Project administration; Suwan-ampa T: Conceptualization, Methodology, Data curation, Review and editing

AI Use Disclosure The authors declare that ChatGPT was used only for editing purposes.

References

1. Department of Health, Ministry of Public Health. Thailand Global School-based Student Health Survey (GSHS) 2021. Pathumthani: Minnie Group; 2022. Available from: <https://share.google/Ku6dhmTzbp2mbb0Ab> (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Online networks and social media. In Thai Health 2024: stress – the silent health threat in Thai Society. Nakhon Pathom: The Institute; 2024. p. 22–23. Available from: <https://share.google/yQ8U60eySpz7Fif7b> (in Thai)
3. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2021 health behavior of population survey. Bangkok: The Office; 2021. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/w6?set_lang=en#gsc.tab=0 (in Thai)
4. Chou WP, Lee KH, Ko CH, Liu TL, Hsiao RC, Lin HF, et al. Relationship between psychological inflexibility and experiential avoidance and internet addiction: mediating effects of mental health problems. *Psychiatry Res.* 2017;257: 40–4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.021> PMID: 28719830
5. Thai PBS News. Thai adolescents aged 13–17: “High mental health issues” and self-harm ideation. 2024. Available from: <https://www.thaipbs.or.th/news/336123> (in Thai)
6. Department of Juvenile Observation and Protection. Percentage of recidivism cases prosecuted by juvenile observation and protection centers nationwide. Available from: <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-cmtr-11-1> (in Thai)
7. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Research identifies characteristics of cities that would support young people’s mental health. 2024. Available from: <https://publichealth.jhu.edu/2024/research-identifies-characteristics-of-cities-that-would-support-young-peoples-mental-health>
8. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018;2(3):223–8. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1) PMID: 3016925710
9. World Health Organization. Urban health. 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/urban-health>.
10. Thai Health Promotion Foundation. What is health literacy? Bangkok: The Foundation. Available from: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th> (in Thai)
11. Dadras, O. Correlates of condom use among school-going Thai adolescents: the critical role of bullying victimizations. *BMC psychiatry.* 2025;25(11). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06423-6>
12. Luo C, Wang X, Yang Y, Yan Q, Sun L, Yang D.. Association of health-risk behaviors with perceived academic performance among middle and high school students: a cross-sectional study in Shanghai, China. *PLoS One.* 2023;18(5):e0285261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285261> PMID: 37130127

13. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
14. Schnettler S, Steinbach A. Is adolescent risk behavior associated with cross-household family complexity? An analysis of post-separation families in 42 countries. *Front Sociol.* 2022;7:802590. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.802590> PMID: 35252432
15. Twenge JM, Campbell WK. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: evidence from a population-based study. *Prev Med Rep.* 2018;12: 271–83. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.003> PMID: 30406005
16. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Manual for assessing the health literacy of Thai adults aged 15 years and over in accordance with the 3A 2S principles (ABCDE – Health Literacy Scale of Thai Adults). Nonthaburi: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2013. Available from: <https://share.google/J37krj3quNAsL96pd> (in Thai)
17. Tabrizi JS, Doshmangir L, Khoshmaram N, Shakibazadeh E, Abdolahi HM, Khabiri R. Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10510-x> PMID: 38212786
18. Neranon W, Thongsong L. Development of a computer-assisted instructional package for life skills to prevent risky sexual behaviors in early adolescents, Bangkok, Thailand. *F1000Res.* 2021; 10:385. <https://doi.org/10.12688/f1000research.27773.2> PMID: 35096375 (in Thai)
19. Sutheeraphrasert P, Wirunpan B, Chaisingh R. Health literacy associated with sexual risk behavior of sexually transmitted infections among adolescents. *Proceeding Seminar Kesehatan Masyarakat (Internasional Seminar on Public Health and Sports (ISOPHS).* 2024;2:42–50. Available from: <https://jurnalnew.unimus.ac.id/index.php/prosidingfkm/article/view/633/427> (in Thai)
20. Robin L, Timpe Z, Suarez NA, Li J, Barrios L, Ethier KA. Local education agency impact on school environments to reduce health risk behaviors and experiences among high school students. *J Adolesc Health.* 2022;70(2):313–21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.004> PMID: 34531096
21. Krejcie RV, Morgan DW. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30(3):607–10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
23. Srisa-ad B. *Preliminary research.* 10th ed., revised ed. Bangkok: Suweriyasarn; 2017. (in Thai)
24. Yangyuen S, Mahaweerawat C, Thitisutthi S, Mahaweerawat U. Relationship between health literacy in substance use and alcohol consumption and tobacco use among adolescents, Northeast Thailand. *J Educ Promot.* 2021;10:120. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_603_20 PMID: 34084867 (in Thai)
25. Ozeylem F, de la Torre-Luque A, Essau CA. Factors related to substance use among adolescents from six low-and middle-income countries. *Addict Behav Rep.* 2021;14:100370. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100370> PMID: 34938831
26. Ruangkanchanasetr S, Plitponkarnpim, Hetrakul P, Kongsakon. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health.* 2005;36(3):227–35. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.01.013> PMID: 15737779

27. Steinberg LD. Age of opportunity: lessons from the new science of adolescence. Boston, (NY): Houghton Mifflin Harcourt; 2014.
28. Thepthien BO, Celyn. Risky sexual behavior and associated factors among sexually-experienced adolescents in Bangkok, Thailand: findings from a school web-based survey. Reprod health. 2022;19(1):127. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01429-3> PMID: 35643503
29. Homjan S, Sompopcharoen M, Therawiwat M. Factors related to preventive sexual behavior among female secondary school students in Uthai Thani Province. The Public Health Journal of Burapha University. 2024 Mar 22;19(1):29-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/267427/183429> (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัย ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

พัชรา ชินธนาวงศ์ พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

พรทิพย์ ขอบตรง พย.ม. (การผดุงครรภ์)²

ปัทมา บุญประกอบบุญ พย.บ.³

กิตติพร ประชาศรีสรเดช พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)⁴

วารุณี มีหลาย ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดให้มีความพร้อมในการคลอดที่ปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมีความเครียดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีความวิตกกังวลมากด้านภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมการคลอดที่มีรูปแบบชัดเจนจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถวินิจฉัยทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลง สื่อสารและปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และ 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ณ ห้องคลอดโรงพยาบาลชลบุรี

การออกแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับ Plan-Do-Check-Act (PDCA)

การดำเนินการวิจัย การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โรงพยาบาลชลบุรี โดยทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด สันทนากลุ่ม แบ่งการสนทนาเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มบุคลากร รวมจำนวน 6 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คนและผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีประวัติเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 5 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด และระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก;
E-mail: warunee@bnc.ac.th

จำนวน 17 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่รับไว้ในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ n4Studies ได้ตัวอย่างจำนวน 50 คน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเจาะจง กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มบุคลากรและแนวทางการสนทนากลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีประวัติเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และแบบวัดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบอิสระ การทดสอบทีแบบคู่ และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย รูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการของผู้คลอด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ 2) การประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการจัดการรายกรณี โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ใช้ข้อมูลและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 3) การตั้งเป้าหมาย และนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การวางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดของทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) การเฝ้าติดตามการปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์ อย่างถูกต้องเหมาะสมและ 6) การประเมินผลเมื่อคลอด การติดตามอายุครรภ์ การติดตามความปลอดภัยของทารกแรกเกิด ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปใช้ พบว่าภายหลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวล ($M = 16.84, SD = 3.44$) น้อยกว่าก่อนทดลอง ($M = 24.20, SD = 4.66$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 20.44, SD = 1.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.553, p < .001$; $t = 4.575, p < .001$ ตามลำดับ) อัตราการคลอดครบกำหนดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.504, p = .034$) อย่างไรก็ตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการใจสั่นหรือภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามรูปแบบฯ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ สูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ รูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการลดระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ และส่งเสริมให้การตั้งครรภ์คลอดครบกำหนด ควรมีการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและติดตามผล

คำสำคัญ การเตรียมความพร้อม การคลอดที่ปลอดภัย หญิงตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด
การพัฒนารูปแบบ

วันที่ได้รับ 1 มิ.ย. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 ก.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 6 ส.ค. 68

The Development of a Safe Childbirth Preparation Model for Pregnant Women with Premature Labor

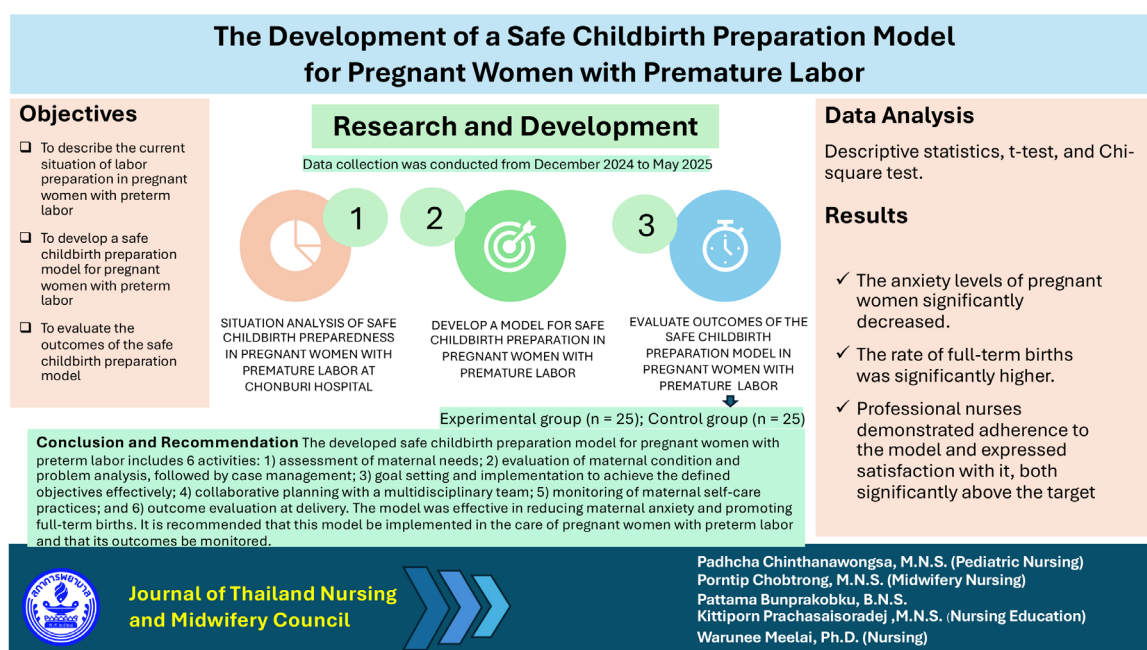
Padhcha Chinthanawongsa, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

Pornpip Chobtrong, M.N.S. (Midwifery Nursing)²

Pattama Bunprakobku, B.N.S.³

Kittiporn Prachasaisoradej, M.N.S. (Nursing Education)⁴

Warunee Meelai, Ph.D. (Nursing)⁵



Extended Abstract

Introduction The care of pregnant women with preterm labor requires thorough preparation to ensure safe childbirth. Hospitalized women with preterm labor often experience considerable stress and heightened anxiety regarding their own health and the well-being of the fetus. Therefore, establishing a clear and structured approach to childbirth preparation enables professional nurses to make accurate and timely nursing diagnoses, closely monitor changes in maternal condition, communicate effectively, and deliver comprehensive nursing interventions. Such systematic preparation contributes significantly to maternal safety from the time of hospital admission through delivery.

Objectives The objectives of this study were: 1) to describe the current situation of childbirth preparation among pregnant women with preterm labor; 2) to develop a model of safe childbirth

¹⁻³ Registered Nurse, Chonburi Hospital, Ministry of Public Health, Thailand

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

⁵ Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand, E-mail: warunee@bnc.ac.th

preparation for women with preterm labor; and 3) to evaluate the outcomes of implementing this safe childbirth preparation model among women with preterm labor in the delivery room at Chonburi Hospital.

Design This study employed a research and development design. The researcher applied the concept of case management and the Plan–Do–Check–Act (PDCA) cycle.

Methodology The study was conducted in three phases. Phase 1 involved describing the situation of safe childbirth preparation among pregnant women with preterm labor at Chonburi Hospital. This phase included a review of medical records of women with preterm labor and focus group discussions. The discussions were divided into two groups: healthcare team ($n = 6$), consisting of one obstetrician, four professional nurses, and one practical nurse; and postpartum mothers with a history of preterm labor ($n = 5$). Phase 2 focused on developing a model of safe childbirth preparation for women with preterm labor. Phase 3 examined the outcomes of implementing this model. The study sample comprised 17 professional nurses working in the delivery room at Chonburi Hospital and 50 pregnant women with preterm labor admitted to the delivery room, selected purposively. Sample size was determined using the n4Studies program, and participants were purposively assigned into experimental and control groups (25 per group). Data collection instruments included guidelines for focus group discussions with healthcare team and postpartum mothers with a history of preterm labor, a questionnaire for the model possibility, and an anxiety scale for pregnant women. All instruments were validated for content validity by experts, yielding a content validity index (CVI) of 1.00. Reliability testing using Cronbach's alpha coefficients demonstrated high internal consistency at .95 for the anxiety scale, .87 for the questionnaire on model possibility, and .74 for the nurse satisfaction scale. Data collection was conducted between December 2024 and May 2025. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test, Paired t-test, and Chi-square test.

Results The safe childbirth preparation model for pregnant women with preterm labor developed in this study comprised six key components: 1) assessment of maternal needs across physical, psychological, emotional, social, and spiritual dimensions; 2) evaluation of maternal condition and problem analysis, followed by case management planning with caregiver participation in decision-making, guided by clear information and practice protocols; 3) goal setting and implementation to achieve the defined objectives effectively; 4) collaborative planning with a multidisciplinary team to promote shared responsibility in maternal care; 5) monitoring of maternal self-care practices to ensure appropriateness and accuracy; and 6) outcome evaluation at delivery, including monitoring of gestational age and neonatal safety. Following implementation, results indicated that pregnant women with preterm labor in the experimental group demonstrated significantly lower anxiety levels ($M = 16.84$, $SD = 3.44$) compared to their pre-intervention scores ($M = 24.20$, $SD = 4.66$) and to the control group ($M = 20.44$, $SD = 1.92$) ($t = 7.553$, $p < .001$; $t = 4.575$, $p < .001$, respectively). The rate of full-term delivery in the experimental group was significantly higher than in the control group ($\chi^2 = 4.504$, $p = .034$). However, the incidence of complications, such as palpitation/tachycardia and birth asphyxia, did not differ between groups. Professional nurses adhered to the model and reported satisfaction levels exceeding the target benchmark of 80%, with statistical significance ($p < .001$).

Recommendation The safe childbirth preparation model developed for pregnant women with preterm labor proved effective in reducing maternal anxiety and promoting full-term delivery. It is recommended that this model be implemented in the care of women with preterm labor and that its outcomes be monitored.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 49–68

Keywords preparation/ safe childbirth/ pregnant women/ premature labor/ model development

Received 1 June 2025, Revised 20 July 2025, Accepted 6 August 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดที่ปลอดภัย เป็นเป้าหมายหลักของหญิงตั้งครรภ์ทุกคน ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลสตรีตั้งครรภ์¹ จากข้อมูลสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา อัตราการคลอดก่อนกำหนดคิดเป็นร้อยละ 10.2² ใกล้เคียงกับประเทศไทยโดยข้อมูลของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการคลอดก่อนกำหนดในปี พ.ศ. 2565 เท่ากับร้อยละ 11.6³ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดวินิจฉัยได้จากการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกหรือมีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอร่วมกับปากมดลูกเปิดอย่างน้อย 2 เซนติเมตร¹ ที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดวิธีหนึ่งที่ได้ผลคือการให้ยายับยั้งการหดตัวของมดลูก ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้ทารกแรกคลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตหลังคลอด⁴ นอกจากนี้หลังจากที่หยุดยายับยั้งการหดตัวของมดลูกไม่นาน สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอันเนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี¹ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกทุกคนจึงควรได้รับการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย⁵

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ มีประวัติคลอดก่อนกำหนด เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณปากมดลูก เคยได้รับการขูดมดลูกหลายครั้ง และมดลูกผิดปกติ¹ ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือทำนายการคลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพ⁶ การคลอดก่อนกำหนดจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายของทารกได้ถึงร้อยละ 75⁷ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

จึงเป็นหนึ่งในข้อเสนอทางนโยบายสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล⁸ เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”⁹

โรงพยาบาลชลบุรี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในระดับตติยภูมิขนาด 850 เตียง จากรายงานข้อมูลงานบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ทารกที่มีปัญหาาระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีภาวะวิกฤตต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดปีละ 476, 474 และ 628 รายตามลำดับ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนดและทารกมีภาวะขาดออกซิเจน¹⁰ คิดเป็นอัตราทารกที่เกิดก่อนกำหนดร้อยละ 21.69, 21.71 และ 20.22 ตามลำดับ¹¹ ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ของระบบสุขภาพที่กำหนดเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 9 นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดเท่ากับ 34.81, 38.60 และ 38.21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพตามลำดับ¹² การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้มีความพร้อมในการคลอดที่ปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมีความเครียดจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และมีความวิตกกังวลมากด้านภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์¹³ การได้รับการดูแลโดยมีรูปแบบที่ชัดเจนจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น¹⁴ ลดการคลอดก่อนกำหนด ทารกไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนและลดการนอนโรงพยาบาล¹⁵ ปัจจุบันมีการนำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทยมาใช้เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์³ ร่วมกับการใช้แนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹ การปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวยังพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย

ห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ปัจจุบันได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด¹ ร่วมกับให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดของพยาบาลวิชาชีพมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล ประกอบด้วย แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชลบุรี แต่แนวทางดังกล่าวยังขาดการบูรณาการเชื่อมโยงกระบวนการพยาบาลครอบคลุมองค์รวม และจากการศึกษาสถานการณ์ที่ได้สัมภาษณ์บุคลากรพบว่า การให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และขาดการให้ข้อมูลแบบเอื้ออาทรที่สื่อให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ได้ว่าทีมบุคลากรเข้าใจอาการเจ็บครรภ์ในขณะนั้น นอกจากนี้ผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่าไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับยา ยับยั้งการคลอด และระหว่างรอคลอดไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจจากทีมการพยาบาล

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในแนวทางเดียวกัน ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและได้รับยาทันเวลา¹⁶ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาภาวะการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างครบถ้วน ลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ยืดอายุครรภ์ได้นานขึ้น¹⁷ จากปัญหาและข้อจำกัดนี้ หากมีการวางระบบการจัดการรายกรณี¹⁸ ร่วมกับการวางแผน (Plan) กำหนดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน นำแนวทางที่วางแผนไว้มาปฏิบัติจริงในห้องคลอด (Do) มีการตรวจสอบหรือประเมินผล (Check) ทั้งด้านการรักษาและการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติกับแนวทางที่กำหนดไว้ รับฟังความคิดเห็นจาก

หญิงตั้งครรภ์และทีมบุคลากร และนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (Act)¹⁹ จะช่วยให้เกิดรูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในการศึกษาครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้แก่ ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ อัตราการคลอดครบกำหนด อาการใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิด การปฏิบัติตามรูปแบบฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ มีอัตราการคลอดครบกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ มีความวิตกกังวล ภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามรูปแบบฯ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ มากกว่าค่าเป้าหมาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเป็นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) บริบทและบริการหลัก (context and key services) การทบทวนเวชระเบียน (medical records) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมหลักฐานเชิงประจักษ์ (relevant research and empirical evidence) และการสนทนากลุ่ม (focus group) นำผลมาใช้ในการพัฒนารูปแบบ (model development) การเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดโดยใช้แนวคิด การจัดการรายกรณี (case management)¹⁸ ร่วมกับ Plan-Do-Check-Act (PDCA)¹⁹ ประกอบด้วย 1) การวางแผนโดยสังเคราะห์สถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (Planning by synthesizing care situation for pregnant women with premature labor) นำมากำหนดแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการวินิจฉัย การให้ข้อมูล การบริหารยา และการสนับสนุนทางจิตใจ จัดทำคู่มือหรือแนวทางการสื่อสารที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้ทีมพยาบาลทุกคนใช้แนวทางเดียวกัน วางระบบการจัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและครบวงจร 2) การนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดที่ปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมาปฏิบัติจริงในห้องคลอดโดยใช้กลยุทธ์การจัดการรายกรณี (Implementing a safe childbirth preparation model for pregnant women with premature labor through case management strategies) โดยเน้น

การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ ครบถ้วน และด้วยท่าทีที่เอื้ออาทร ดำเนินการให้ยาตามมาตรฐานและทันเวลา พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด 3) การประเมินผลการใช้รูปแบบทั้งด้านการรักษาและการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ ตรวจสอบความสอดคล้องของการปฏิบัติกับแนวทางที่กำหนดไว้ (Evaluating the outcomes both treatment and communication with pregnant women, and examine the consistency of practices with the prescribed model) รับฟังความคิดเห็นจากหญิงตั้งครรภ์และทีมบุคลากร เพื่อสะท้อนปัญหาและข้อจำกัด และ 4) นำผลการประเมินมาปรับปรุง (Modifying the model) พัฒนาเครื่องมือหรือคู่มือเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขข้อจำกัดที่พบ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันของทีมพยาบาลเพื่อสร้างวัฒนธรรมการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

การใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับกรอบแนวคิด PDCA จะช่วยให้การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดมีความเป็นระบบ มีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างแท้จริง นำสู่ผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งในด้านของหญิงตั้งครรภ์และทีมสุขภาพ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์มีการคลอดที่ปลอดภัย (safe delivery) ลดความวิตกกังวล (anxiety) เพิ่มการคลอดครบกำหนด (term birth) ลดภาวะแทรกซ้อน (complications) คือ ลดอาการใจสั่น (palpitation)/หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) และภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอดของทารก (birth asphyxia) และ 2) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบฯ ได้แก่ การปฏิบัติตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดที่ปลอดภัย (compliance with safe childbirth preparation patterns) และความพึงพอใจต่อรูปแบบ (satisfaction with the model) (Figure 1)

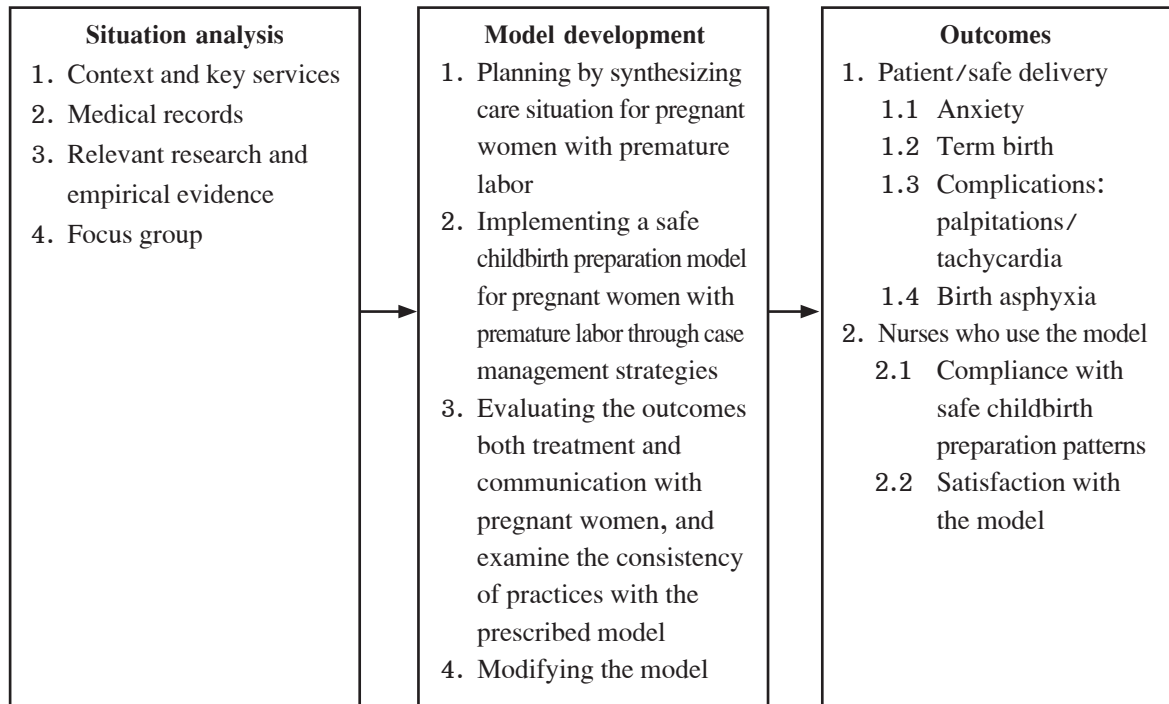


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาในประชากรหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี

การดำเนินการในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดและการสนทนากลุ่มผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 บุคลากรทีมสุขภาพ เลือกแบบ

เฉพาะเจาะจงให้ครอบคลุมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้คลอดในขณะทำการศึกษา ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดมากกว่า 2 ปี รวมจำนวน 6 คน

ส่วนที่ 2 มารดาหลังคลอดที่มีประวัติเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ที่พักอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 รวมจำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ทีมผู้วิจัย จำนวน 3 คน วางแผนและดำเนินการพัฒนารูปแบบเพื่อเตรียมความพร้อมการคลอดปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

ส่วนที่ 2 พยาบาลหัวหน้าเวร 7 คน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง จากนั้นตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยพยาบาลวิชาชีพ ประเมินผลมากกว่า 5 ปี จำนวน 5 คนที่เลือกจากพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีอายุงานมาก ทำการประเมินความสมบูรณ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 17 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผ่านการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ประสิทธิภาพทำงานในห้องคลอด มากกว่า 1 ปี เกณฑ์การสิ้นสุดการทดลอง ได้แก่ ลาออกหรือย้ายสถานที่ทำงาน หรือลาศึกษาต่อระหว่างดำเนินการวิจัย

2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 50 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจัดเข้ากลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงโดย 25 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 25 คนหลังเป็น กลุ่มทดลอง เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

หญิงไทยตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลชลบุรี ไม่มีภาวะ Pregnancy induce hypertension ระดับรุนแรง อยู่ในระยะ inactive labor แพทย์พิจารณาให้แผนการรักษายับยั้งการคลอดสามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การสิ้นสุดการทดลอง (termination criteria) ได้แก่ คลอดก่อนกำหนดภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา หรือคลอดสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลชลบุรี

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้ n4Studies²⁰⁻²² ในการทดสอบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของบุบผาชาติ เพ็ญสุข และคณะ²³ ด้วยสูตรของเบอร์นาร์ด²¹ และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว สัดส่วนของกลุ่มที่ 1 (p_1) = .12 สัดส่วนของกลุ่มที่ 2 (p_2) = .48 ที่ระดับนัยสำคัญ Alpha (α) = .05, Z (.95) = 1.64 อำนาจการทดสอบ Beta (β) = .20, Z (.8) = 0.84, $n_1 = 19$, เพื่อเป็นการเผื่อกรณีที่มีการสูญหายของตัวอย่างระหว่างการศึกษาที่คาดการณ์ไว้ร้อยละ 20 และเพื่อให้มั่นใจว่ามีกลุ่มตัวอย่างคงเหลือไม่น้อยกว่า 19 คนต่อกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนตัวอย่างเริ่มต้นที่ 25 คนต่อกลุ่ม รวมเป็น 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม มารดาหลังคลอดที่มีประวัติเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด ตัวอย่างเช่น

ประสบการณ์ที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร มีสิ่งใดบ้างที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี และความต้องการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดเป็นอย่างไร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ระยะความกว้างที่ปากมดลูกเปิดเป็นเซนติเมตร ค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 3 แบบวัดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำแนวคิดของ White และ Ritchie (1984)²⁴ นำมาดัดแปลงเป็นแบบวัดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) การแยกจากครอบครัวและสังคมใกล้ชิด 2) กังวลกับสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล 3) กังวลกับภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 4) ความเครียดด้านการสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพ 5) กังวลกับการเปลี่ยนแปลงบทบาท/ภาพลักษณ์ของตนเอง 6) กังวลกับสภาพครอบครัว/ การทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัว และ 7) ภาวะอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้แก่ อาการใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นเร็ว บันทึกข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย ระหว่างให้การพยาบาล และติดตามผลในบันทึกทางการพยาบาล บันทึกลักษณะอาการดังกล่าวว่ามีหรือไม่มี อายุครรภ์เมื่อคลอด บันทึกข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพผู้ช่วยวิจัย หากมี

อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไปบันทึกเป็นคลอดครบกำหนด คะแนน APGAR 1, 5 นาทีของทารกแรกเกิด คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน บันทึกเป็นทารกมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามปลายเปิด ดัดแปลงจากกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี ตัวอย่างเช่น ประสบการณ์ที่ได้ให้การดูแลและติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดในโรงพยาบาลชลบุรี ตลอดจนรูปแบบการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมควรเป็นอย่างไรบ้าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ประสบการณ์การทำงานในห้องคลอด ตำแหน่งปัจจุบัน และประสบการณ์การอบรมหลักสูตรเฉพาะทางหรือปริญญาด้านการผดุงครรภ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ใช้สอบถามกับพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน ทำความเข้าใจรายละเอียดของรูปแบบฯ ชี้แจงและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติกับผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าเวรในหน่วยงาน ลักษณะคำตอบชนิดให้เลือกตอบความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ โดยใช้มาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ความเป็นไปได้น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบบันทึกที่ผู้ช่วยวิจัยกำกับติดตามขั้นตอนการปฏิบัติ โดยใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด รวมจำนวน

6 ข้อ มีลักษณะคำตอบชนิดให้เลือกตอบว่า ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติและลงบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบฯ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านเนื้อหา จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามด้านการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นระดับความพึงพอใจแบบ มาตรฐานค่า 4 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยและเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index, CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญหัวหน้างานห้องคลอด 2 ท่าน โดยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือทุกชนิดมีค่า CVI เท่ากับ 1.00 ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่มมารดาหลังคลอดฯ แนวทางการสนทนากลุ่มบุคลากร แบบวัดความวิตกกังวลฯ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด 5 คน จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบวัดความวิตกกังวล

ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ตามเอกสารเลขที่ 147/2567 รหัสวิจัย 98/67/N/h3 โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นทางการ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับสูงสุดและใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การได้รับบริการทางการแพทย์และการปฏิบัติงานตามปกติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูล การคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนระยะคลอด ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว คะแนน APGAR นาทีที่ 1 และ 5 ของทารกแรกเกิด ดำเนินการสนทนากลุ่ม แบ่งการสนทนาเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพและมารดาหลังคลอด ดำเนินการสนทนากลุ่มโดยใช้เวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมงโดยประมาณ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตอัดเทปเสียงเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการเตรียม

ความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยใช้กรอบแนวคิด PDCA¹⁹ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การดำเนินการ 3) การประเมินผล และ 4) การปรับปรุง ดังนี้

1. การวางแผน นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากระยะศึกษาสถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อเตรียมความพร้อมการคลอดปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยศึกษาทบทวนเวชระเบียนผู้คลอด ร่วมกับนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบฯ

2. ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์มาบูรณาการร่วมกับการจัดการรายการณ¹⁸ ประกอบด้วย บทบาทพยาบาลวิชาชีพ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินความต้องการของผู้คลอดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ 2) ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการจัดการรายการณ โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ใช้ข้อมูลและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 3) การตั้งเป้าหมายและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนด อย่างมีประสิทธิภาพ 4) การวางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริม การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดของทีสหสาขาวิชาชีพ 5) การเฝ้าติดตาม การปฏิบัติตามของหญิงตั้งครรภ์อย่างถูกต้องเหมาะสมและ 6) การประเมินผล การประเมินผลหญิงตั้งครรภ์เมื่อคลอด

การติดตามอายุครรภ์ การติดตามความปลอดภัยของการรกแตก เป็นแนวทางในการร่างการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากความคิดเห็นความเป็นไปได้ของรูปแบบฯปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริงตรวจสอบความเป็นไปได้ทั้งฉบับโดยพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จำนวน 5 คน ประเมินความสมบูรณ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น

4. นำผลการประเมินมาปรับปรุง ทบทวนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยให้พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ นำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของหน่วยงานและสื่อสารชี้แจงให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกระดับ จากนั้นประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น ปรับปรุงเป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ประกอบด้วย 6 กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกับหญิงตั้งครรภ์ตามรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้น โดยใช้ระยะเวลา 2 วัน ติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้แก่ ความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ การคลอดครบกำหนด การเกิดภาวะแทรกซ้อนของการรักษาด้วยยาขยายปากการคลอด ได้แก่ อาการใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของทารกแรกเกิด การปฏิบัติตามรูปแบบฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด หลังได้รับการพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วย Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3) เปรียบเทียบสัดส่วนการคลอดครบกำหนด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน (อาการใจสั่น ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ และภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์

4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละการปฏิบัติตามรูปแบบฯ และค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้รูปแบบฯ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายร้อยละ 80 โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบกลุ่มเดียว (One-sample t-test)

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำมาถอดการบันทึกเสียงและรวบรวมเป็นข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอด

ที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โดยการทบทวนเวชระเบียนมารดาหลังคลอด รายงานการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด ได้แก่ อาการใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด ร่วมกับการดำเนินการสนทนากลุ่มกลุ่มบุคลากร ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน รวมจำนวน 6 คน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การสนทนากลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีประวัติเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ที่หอผู้ป่วยหลังคลอด รวมจำนวน 5 คน ผลการศึกษพบว่า

ด้านบุคลากร พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ เข้าใจบทบาทของวิชาชีพ ยังไม่มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ชัดเจน การให้ข้อมูลเป็นไปในลักษณะเฉพาะตัว ยังไม่มีระบบการสื่อสารระหว่างทีม บุคลากรแพทย์ให้ข้อมูลว่า “ความประทับใจแรกสำคัญมาก” ทศนคติด้านการประเมินและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดยังขาดความเข้าใจอาการเจ็บปวดดังความเห็นของบุคลากรท่านหนึ่งให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “การให้ข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพพอ ให้สั้น ๆ” นอกจากนี้การสื่อสารแบบเอื้ออาทรที่ให้ความเห็นใจหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องรอคลอดเป็นระยะเวลานานก็เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ แพทย์ให้ข้อมูลว่า “การให้ข้อมูลควรให้แบบกระชับ บอกข้อดีและอาการข้างเคียงพร้อมเหตุผลเพื่อป้องกันอันตรายกับตัวผู้คลอด” และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาขับยังการคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล

ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สำหรับความครอบคลุมด้านกระบวนการพยาบาลยังปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพว่า “ตอนนี้ยังไม่มีการติดตามอาการต่อเนื่อง” นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับด้านร่างกายและจิตใจด้วย ดังความเห็นของบุคลากรท่านหนึ่ง “การดูแลด้านร่างกาย ต้องใส่ใจสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วย ได้แปรงฟันหรือเปล่า”

ด้านหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด บางส่วนไม่ได้รับการประเมินด้านจิตใจ การดูแลความสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคล การได้รับข้อมูลด้านยาที่ชัดเจนไปในแนวทางเดียวกัน ผู้คลอดรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “บางทีก็ไม่เข้าใจ แต่พี่เขาก็บอกอยู่นะ” “มีให้กินยา และวัดความดัน” บางส่วนขาดการอธิบายจากแพทย์และพยาบาล “ไม่รู้เลย ตอนนั้นเจ็บท้อง” ขณะได้รับยายับยั้งการคลอดส่วนใหญ่มีอาการใจสั่น ผู้คลอดรายหนึ่งให้ข้อมูลว่า “ก็นึกถึงแต่ลูกว่าจะเป็นอย่างไร” ผู้คลอดรายหนึ่งที่ผ่านการรูดคลอดเป็นระยะเวลานานและได้ย้ายหอผู้ป่วยไปรูดคลอดที่ห้องพิเศษให้ข้อมูลว่า “ได้รับการดูแลดี แต่เป็นห่วงว่าที่ห้องพิเศษจะไม่ได้ตรวจท้องด้วยเครื่อง”

ผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ได้รูปแบบที่มีกิจกรรมหลักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นเวลา 2 วัน ตั้งแต่วันแรกรับและระยะดูแลต่อเนื่องติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์วันละ 1 ครั้ง จนถึงวันคลอด ประกอบด้วย 1) ประเมินความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ แรกับ ลดระยะเวลารอคอย ประเมินความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ การตรวจทางสูติกรรมและประสานความร่วมมือเพื่อตอบสนองความต้องการรายบุคคล 2) ประเมินสภาพและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการจัดการรายกรณีครอบคลุม มี

แนวปฏิบัติการดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร 3) การตั้งเป้าหมาย อายุครรภ์เมื่อคลอด มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ตามมาตรฐานที่กำหนด 4) การวางแผนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมตรวจทางพยาบาล (Nursing round) การมีส่วนร่วมในการรับฟังและให้ข้อมูลเป็นทีม การให้ข้อมูลด้านยาเป็นแนวทางเดียวกัน การวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD 5) การเฝ้าติดตาม การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์อย่างถูกต้องเหมาะสม การให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ซักถาม และ 6) การประเมินผลติดตามความก้าวหน้าของการคลอด การประเมินความเข้าใจของหญิงตั้งครรภ์ การติดตามอายุครรภ์และความปลอดภัยของทารกแรกเกิด

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ฯ แบ่งเป็น ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ และผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 28.84 ปี (SD = 5.72) ร้อยละ 60 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 30.88 สัปดาห์ (SD = 2.42) ระยะความกว้างการเปิดของปากมดลูกเฉลี่ย 3.04 เซนติเมตร (SD = 2.54) กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 28.24 ปี (SD = 5.93) ร้อยละ 52 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 30.64 สัปดาห์ (SD = 2.89) ระยะความกว้างการเปิดของปากมดลูกเฉลี่ย 1.56 เซนติเมตร (SD = 1.82)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 กลุ่มภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ (Table 1) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า

หลังการทดลองความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

Table 1 Comparisons of anxiety between the control and experimental groups after the model using Independent t test

Group	n	Anxiety		t	p
		M	SD		
Control group	25	20.44	1.92	4.575	<.001
Experimental group	25	16.84	3.44		

Table 2 Comparisons of anxiety before and after the model in the experimental group using Paired t test

Experimental group	n	Anxiety		t	p
		M	SD		
Before	25	24.20	4.66	7.553	<.001
After	25	16.84	3.44		

สัดส่วนการคลอดครบกำหนด การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ อาการใจสั่น/หัวใจเต้นเร็ว และภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Table 3)

Table 3 Comparisons of birth and complications between control (n=25) and experimental (n=25) groups after the model using Chi-square test

Variables	Control group n (%)	Experimental group n (%)	χ^2	p
Birth				
- Term	4 (16.0)	12 (48.0)	4.504	.034
- Preterm	21 (84.0)	13 (52.0)		
Complications				
Palpitation/ tachycardia			1.663	.197
- Yes	21 (84.0)	16 (64.0)		
- No	4 (16.0)	9 (36.0)		
Birth asphyxia			.381	.537
- Yes	9 (36.0)	6 (24)		
- No	16 (64.0)	19 (76.0)		

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 52.9 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ประสบการณ์ทำงาน 3-8 ปี ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง/ปริญญาโทด้านการผดุงครรภ์ร้อยละ 41.20

การปฏิบัติตามรูปแบบอยู่ในระดับดีมาก (M=3.88, SD= 0.33) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของร้อยละการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ของกลุ่มตัวอย่างกับเกณฑ์ค่าเป้าหมายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามรูปแบบฯ

มากกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับดีมาก ($M = 3.87$, $SD = 0.14$) คิดเป็นร้อยละความพึงพอใจ 96.91 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบฯ กับเกณฑ์ค่าเป้าหมายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.019$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาศาสนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด โรงพยาบาลชลบุรีพบประเด็นสำคัญ ได้แก่ บุคลากรพยาบาลมีความรู้ในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ในรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งแผนการรักษาส่วนใหญ่จะมีรูปแบบเฉพาะที่เป็นแผนการรักษาพร้อมใช้ให้เลือกตอบพยาบาลวิชาชีพมีความเข้าใจบทบาทของวิชาชีพแต่ยังไม่มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่ชัดเจน ระบบการสื่อสารระหว่างทีมไม่ชัดเจน ขาดการให้ข้อมูลแบบเอื้ออาทรต่อหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องรอคลอดและได้รับยาขับยั้งการคลอดขณะอยู่โรงพยาบาล ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ข้อมูลการให้ยายังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรจิต จันโทภาส และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอดพบว่า การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการที่มีเพียงครั้งเดียวเมื่อแรกรับ และจากการสัมภาษณ์พบว่าพยาบาลมีความหลากหลายไม่ปฏิบัติไปในแนวเดียวกัน

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์

ก่อนกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา เริ่มจากการวางแผนซึ่งได้ส่งเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาศาสนาการเตรียมความพร้อมการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดโดยใช้องค์ประกอบตาม แนวคิดการจัดการรายกรณีของ Case Management Society of America (2016)¹⁸ ซึ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะนโยบายหลักที่ 11 ด้านการส่งเสริมการมีบุตรและเพิ่มอัตราการเกิดของเด็กที่มีคุณภาพ ซึ่งมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีของประชาชนในทุกมิติ การสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาศาสนาการในระยะวางแผนได้นำไปสู่การระบุงค์ประกอบสำคัญที่จำเป็นต้องมีในรูปแบบฯ เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของหญิงตั้งครรภ์ และเพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

ผลลัพธ์ของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด แยกเป็นรายด้านดังนี้

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย/การคลอดที่ปลอดภัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยฯ ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี ที่เน้นการสื่อสารการให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ได้รับ การสร้างความเข้าใจ การปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย และการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องจากพยาบาล ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถรับมือกับความเครียดและความวิตกกังวลจากภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิลา ราบุรี และคณะ¹³ ที่พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์

การได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และการมีความรู้ความเข้าใจ ในภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีส่วนช่วยลดระดับ ความเครียดและความวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ ที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ บุบผาชาติ เพ็ญสุข และคณะ²³ ซึ่งพัฒนาและประเมินผลแนว ปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้แนว ปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในวันที่สองน้อยกว่า วันแรกอย่างมีนัยสำคัญ

การคลอดครบกำหนด พบว่าหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการเตรียมความพร้อม การคลอดที่ปลอดภัยมีอัตราการคลอดครบกำหนด สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ให้ความรู้และกระตุ้นให้ หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตามคำแนะนำ เป็นปัจจัยสำคัญ ในการชะลอการคลอดก่อนกำหนดและเพิ่มโอกาส ในการคลอดครบกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยกาญจน์ หวังกุล²⁵ ที่พบว่าการปฏิบัติตามรูปแบบ การดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 9 คนไม่พบ การคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจันทร์ อิ่มหนา และคณะ²⁶ ที่พบว่าการใช้รูปแบบ การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนดส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์สามารถ ยืดอายุครรภ์และคลอดครบกำหนดเพิ่มมากขึ้น

สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการใจสั่น/หัวใจเต้นเร็วในหญิงตั้งครรภ์ และภาวะพร่อง ออกซิเจนในทารกแรกเกิด พบว่า ไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การไม่พบความแตกต่างนี้ อาจอธิบายได้จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการ ช้างเคียงของยาในกลุ่ม Tocolytics ที่หญิงตั้งครรภ์ ทั้งสองกลุ่มได้รับเพื่อยับยั้งการหดตัวของมดลูก

ยาในกลุ่มนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น อาการใจสั่น หรือหัวใจเต้นเร็ว¹ ซึ่งเป็นกลไกทางเภสัชวิทยาที่อาจ เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยา การศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถควบคุมและเปรียบเทียบปริมาณของยาที่ หญิงตั้งครรภ์แต่ละรายได้รับซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน ปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจบดบังผลที่แท้จริงของรูปแบบ ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของอุบัติการณ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มศึกษาได้

การปฏิบัติตามรูปแบบฯ อยู่ในระดับดีมาก ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้นำแนวคิดของ การจัดการรายการณตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลที่เป็น พื้นฐานสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้มีการ สัมภาษณ์ทั้งผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการที่ครอบคลุม สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ทำให้เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้ปฏิบัติงาน เข้าใจ ความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านประสบการณ์ การรักษาที่ห้องคลอด พยาบาลวิชาชีพสามารถ ปฏิบัติตามรูปแบบฯได้อย่างครบถ้วน สอดคล้องกับ บุศรินทร์ เขียนแมนและคณะ¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ คลอดก่อนกำหนด ที่นำการจัดการรายการณร่วมกับ การดูแลตามมาตรฐาน ช่วยให้การพยาบาลเป็นไปใน แนวทางเดียวกันตามมาตรฐานวิชาชีพ ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับ มากที่สุดเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเตรียม ความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดเหมาะสมที่จะนำมาใช้ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อน กำหนด

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ไม่ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมในระยะก่อนศึกษา จึงไม่สามารถยืนยันผลของรูปแบบฯ ต่อความวิตกกังวลได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นเพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และติดตามผล การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มข้อมูลเกี่ยวกับชนิด และปริมาณของการได้รับยาขับยั้ง การหดตัวของมดลูก เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของยาต่อภาวะแทรกซ้อนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรมีการออกแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเตรียมความพร้อมการคลอดที่ปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. ทศนีย์ เชื้อมทอง อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชลบุรี และ ผศ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ที่ช่วยเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้

Declaration Statements

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Author Contribution: Padhcha Chinthanawongsa: Project administration, Conceptualization, Methodology, Data curation, Data Analysis, Drafting the manuscript; Porntip Chobtrong, Pattama Bunprakobku: Data collection, Review and editing; Kittiporn Prachasaisoradej: Discussion, Review and editing; Warunee Meelai: Conceptualization, Approval of final draft

AI Use Disclosure: The authors declare that Gemini was used only for editing purposes.

References

1. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists of Thailand. Clinical practice guideline on preterm labor and prelabor rupture of membranes. Bangkok: RTCOG; 2023. Available from: https://www.rtcog.or.th/files/1695091574_742852553aec29c37b5f.pdf (in Thai)
2. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2020. NCHS Data Brief. 2020; (387):1–8. PMID: 34582330
3. Department of Medical Services. Guidelines for prevention of preterm labor for Thailand. Bangkok: Department of Medical Services; 2023. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9363> (in Thai)
4. Tongprasert F. Preterm labor. Chiang Mai: Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2024. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/preterm-labor/> (in Thai)
5. World Health Organization. Newborn infections. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/newborn-infections>
6. Meertens LJE, Van MP, Scheepers HCJ, Van Kuijk SMJ, Aardenburg R, Langenveld J, et al. Prediction models for the risk of spontaneous preterm birth based on maternal characteristics: a systematic review and independent external validation. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018;97:907–20. Epub 2018 May 9. <https://doi.org/10.1111/aogs.13358> PMID: 29663314

7. Somprasit C. Obstetric complications. Bangkok: Pimdee; 2017. (in Thai)
8. National Health Assembly. Promoting population development for quality birth and growth. Bangkok: National Health Assembly; 2023. (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Plans/projects and indicators of the Ministry of Public Health for fiscal year 2024. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
10. Neonatal Intensive Care Unit Data, Chonburi Hospital. Newborn data report 2021–2023. Chonburi: Chonburi Hospital; 2024. (in Thai)
11. Newborn Health Service System Data. Service plan Newborn 2021–2023 Chonburi Province. Chonburi: Chonburi Provincial Health Office; 2024. (in Thai)
12. Delivery Room Unit Data, Chonburi Hospital. Delivery data report 2021–2023. Chonburi: Chonburi Hospital; 2024. (in Thai)
13. Raburee C, Kuasit U, Ketjiraachot R. Factors related to stress level in pregnant women with preterm labor while staying in hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2022;14(3):267–281. Available from: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/download/255040/175009/937999> (in Thai)
14. Khianman B, Kanmali Y, Tummee W. Development of a care model for pregnant women with preterm labor. Research and Development Health System Journal. 2022;15(3):286–300. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/259382> (in Thai)
15. Prasartsak T, Sukawattananon W, Intudorn S. The development of clinical practice guidelines for prevention and care of pregnant pregnancy in Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital. 2020;28(2): 25–35. Available from: <https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/10695/9421> (in Thai)
16. Chanlakon P, Klubpracorn R. Development of a nursing care model for pregnant women with preterm labor Wapi Pathum Hospital. Academic Journal of Maha Sarakham Provincial Public Health Office. 2024;8(15):108–121. Available from: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/15449> (in Thai)
17. Chuntopas P, Mayukhachot S, Howham J. Development of a nursing care model for pregnant women with premature labor. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2021;8(2):123–137. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/247812> (in Thai)
18. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. Little Rock: Case Management Society of America; 2016. Available from: <https://www.miccsi.org/wp-content/uploads/2017/03/CMSA-Standards-2016.pdf>
19. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge (MA): Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Educational Services; 1986. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=590925>
20. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies: application for sample size calculation in health science research. Version 2.3. App store; 2024.
21. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5th ed. Duxbery: Thomson learning; 2000. p. 384–385.
22. Ngamjarus C. Sample size calculation for health science research. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.
23. Pensuk B, Namuangrak P, Nuamcharoen M. Development and evaluation the clinical nursing practice guidelines for pregnant women with preterm labor at Samutsakhon Hospital. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. 2023;6(2):78–97. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/266511/181556> (in Thai)

24. White M, Ritchie J. Psychological stressors in antepartum hospitalization: Reports from pregnant women. *Matern Child Nurs J.* 1984;13(1):47–56.
25. Wangkool H. Continuity care model of pregnant women with preterm labor [Thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2021. Available from: <http://202.28.34.124/dspace/bitstream/123456789/1233/1/61051480007.pdf> (in Thai)
26. Imnam P, Prapreuttham Y, Sitthiwong S, Surinprateep P. Discharge planning model for women with premature labor of Lampang Hospital. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong.* 2023;7(3):36–51. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnspl/article/view/266060/180206> (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สาธิต พลพงษ์, พย.บ.¹

มะลิวรรณ ศิลารัตน์, ประ.ด. (การพยาบาล)²

วาสนา รวยสูงเนิน, Ph.D. (Nursing)³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง การจัดการตนเองช่วยเสริมสร้างทักษะในการปรับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีผลต่อการลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตตามเป้าหมายทางคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง น้ำหนักตัว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

การออกแบบวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้แนวคิดการจัดการตนเองของนางลักษณะ เมธากาญจนศักดิ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างครอบคลุม โดยเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง (performing special task) 3) การแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง (information seeking) และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา (self-adjusting) โปรแกรมดังกล่าวได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกผ่านการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยนี้ดำเนินการที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ไม่อยู่ในระยะวิกฤต อายุระหว่าง 18–60 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: smaliw@kku.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

25 กก./ม² สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีข้อจำกัดในการเดิน สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันไลน์ และสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มด้วยวิธีการจับสลากในวันที่มารับบริการ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 25 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .96 และมีค่าความเชื่อมั่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และ 3) โปรแกรมการจัดการตนเอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมหลัก 4 ด้าน ได้แก่ (1) การเฝ้าระวังตนเอง โดยบันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว รายการอาหาร และจำนวนก้าวเดิน (2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง โดยฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การเลือกชนิดอาหาร การจำกัดปริมาณแคลอรี ฝึกทักษะการเดินและการนับก้าว (3) การแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง โดยได้รับความรู้ผ่านวีดิทัศน์ 8 นาที และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา ซึ่งมีการติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 นาทีต่อครั้ง การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง น้ำหนักตัว และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 12 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ การทดสอบทีแบบอิสระและการทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (M 50.02, SD 7.12 ปี) และกลุ่มควบคุม (M 52.56, SD 6.01 ปี) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้งด้านการควบคุมอาหาร (M 2.81, SD 0.37) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M 2.53, SD 0.44) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.670, p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย (M 3.12, SD 0.51) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M 2.01, SD 0.68) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.150, p < .001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.90 กิโลกรัม (95% CI: -2.67 ถึง -1.13, $t = 5.967, p < .001$) และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -10.57, 95% CI: -15.56 ถึง -5.57, $t = -4.040, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการลดน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และมีภาวะน้ำหนักเกิน ดังนั้น บุคลากรสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีบริบทใกล้เคียงกันโดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ การจัดการตนเอง โรคความดันโลหิตสูง น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต

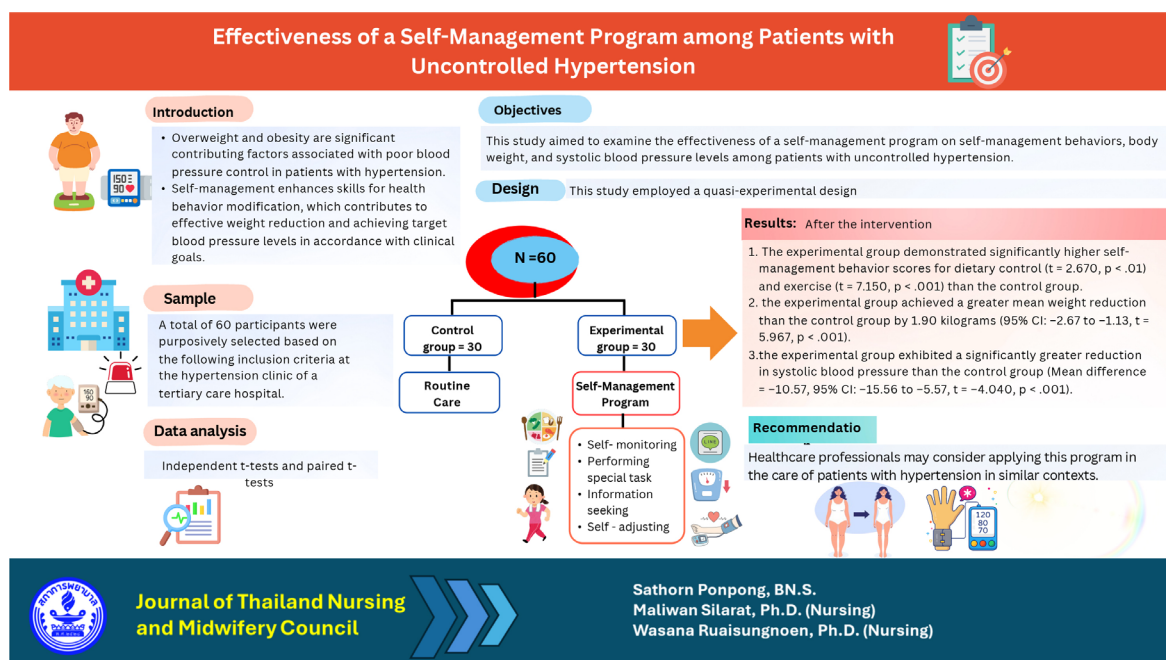
วันที่ได้รับ 2 ส.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 พ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 14 พ.ย. 68

Effectiveness of a Self-Management Program among Patients with Uncontrolled Hypertension

Sathorn Ponpong, BN.S.¹

Maliwan Silarat, Ph.D. (Nursing)²

Wasana Ruaisungnoen, Ph.D. (Nursing)³



Extended Abstract

Introduction Overweight and obesity are significant factors associated with poor blood pressure control among patients with hypertension. Self-management plays a crucial role in enhancing skills for health behavior modification, which contributes to weight reduction and achieving clinically targeted blood pressure levels.

Objectives This study aimed to examine the effects of a self-management program on self-management behaviors, body weight, and systolic blood pressure among patients with uncontrolled hypertension.

Design This study employed a quasi-experimental design with two groups, pretest and posttest based on the self-management concept. This framework has been proven to be effective in disease control, reducing the risk of complications, and enhancing quality of life among patients

¹Master student in Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

²Corresponding author, Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand E-mail: smaliw@kku.ac.th

³Associate Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

with chronic illnesses. The program was developed using the self-management model proposed by Nonglak Methakanjanasak, aiming to comprehensively empower patients in managing their own health. It emphasized the development of four key self-management skills: 1) self-monitoring, 2) performing specific tasks, 3) information seeking, and 4) self-adjusting to accommodate changes in disease progression and treatment. The program was tailored to the context of patients with uncontrolled hypertension, with the goal of promoting weight reduction and lowering systolic blood pressure through the continuous improvement of self-management skills.

Methodology This study was conducted at a hypertension clinic in a tertiary hospital between September 2022 and March 2023. The sample consisted of 60 patients purposively selected according to inclusion criteria: diagnosed with hypertension with uncontrolled blood pressure, not in a critical stage, aged between 18 and 60 years, with a body mass index greater than 25 kg/m², able to communicate in Thai, without limitations in ambulation, capable of using a mobile phone and the LINE application, and willing to participate in the study. Participants were randomly assigned to either the experimental or control groups, with 30 participants in each group, using a lottery method on the day of clinic visit. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire; 2) a 25-item self-management behavior questionnaire focusing on dietary control and exercise, validated by five experts with a content validity index of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .83; and 3) a 12-week self-management program. The program comprised four main activities: (1) self-monitoring, including recording blood pressure, body weight, dietary intake, and step counts; (2) performing specific tasks, such as practicing dietary control, food selection, calorie restriction, and walking with step counting; (3) information seeking, through an 8-minute educational video and additional counseling; and (4) self-adjusting, involving modification of behaviors or activities in response to disease progression and treatment, supported by weekly individual counseling via the LINE application (approximately 5 minutes per session). Data collection included self-management behavior scores, body weight, and systolic blood pressure, which were measured before the intervention and at week 12. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Independent t-test and Paired t-test.

Results The mean age of participants in the experimental group ($M = 50.02$, $SD = 7.12$ years) and the control group ($M = 52.56$, $SD = 6.01$ years) did not differ significantly. After the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for self-management behaviors in dietary control ($M = 2.81$, $SD = 0.37$) compared with the control group ($M = 2.53$, $SD = 0.44$; $t = 2670$, $p < .01$), as well as in exercise behaviors ($M = 3.12$, $SD = 0.51$ vs. $M = 2.01$, $SD = 0.68$; $t = 7.150$, $p < .001$). In addition, the experimental group experienced a greater mean reduction in body weight of 1.90 kg compared with the control group (95% CI: -2.67 to -1.13, $t = 5.967$, $p < .001$). Furthermore, systolic blood pressure decreased significantly more in the experimental group than in the control group (mean difference = -10.57 mmHg, 95% CI: -15.56 to -5.57, $t = -4.040$, $p < .001$).

Recommendation The self-management program was effective in promoting self-management behaviors, reducing body weight, and lowering systolic blood pressure among patients with uncontrolled hypertension who were overweight. Therefore, healthcare professionals may apply this program in the care of patients with similar contexts, with ongoing monitoring and evaluation to support effective achievement of target blood pressure control.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 69-85

Keywords self-management/ hypertension/ body weight/ blood pressure levels

Received 2 August 2025, Revised 12 November 2025, Accepted 14 November 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 43.68 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้¹ การเพิ่มขึ้นของค่าความดันโลหิตซิสโตลิกทุก 10 มิลลิเมตรปรอท ส่งผลให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า และเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์² สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความเสี่ยงของภาวะนี้ ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เกิดความทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้^{3,4} การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงเป็นความท้าทายของระบบบริการสุขภาพเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนร่วมด้วย จากสถิติของคลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤต โรงพยาบาลสตยภูมิแห่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย⁵ คิดเป็นร้อยละ 35.85 สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การควบคุมความดันโลหิตทำได้ยากยิ่งขึ้น⁶

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพียงอย่างเดียว⁷ และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทุก 10 กิโลกรัมสัมพันธ์กับการเพิ่มค่าความดันโลหิตร้อยละ 20-30 ในทุกช่วงอายุ^{1,8} ภาวะน้ำหนักเกินจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการควบคุมความดันโลหิตผ่านกลไกทางสรีรวิทยา ได้แก่ 1) มวลกายที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ปริมาตรพลาสมาและปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดต่อนาที (cardiac output)

สูงขึ้น รวมถึงการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้แรงต้านหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น และ 2) การกระตุ้นระบบเรนิน แองจิโอเทนซิน แอลโดสเตอโรนจากไต ส่งผลให้มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำมากขึ้น เกิดการคั่งของของเหลวในร่างกาย (preload)⁹ กลไกเหล่านี้ร่วมกันส่งผลให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการลดน้ำหนักจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะเสริมประสิทธิภาพในการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อไป^{10,11}

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การลดน้ำหนักทุก 10 กิโลกรัมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกินสามารถลดความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) ได้ประมาณ 5-20 มิลลิเมตรปรอท¹⁰ เนื่องจากความดันโลหิตซิสโตลิกเป็นตัวชี้วัดที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงจากการลดน้ำหนัก โดยเน้นการควบคุมปริมาณแคลอรีในอาหารและออกกำลังกายอย่างเพียงพอ^{1,12} ควบคู่กับการสร้างวินัยในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองที่ดีของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการลดน้ำหนักที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต และกำหนดเป้าหมายที่เหมาะสมในแต่ละราย^{13,14}

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเนื่องจากมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทเชิงรุกในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และการแสวงหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง^{15,16} โดยมีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ

ในการควบคุมโรค ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาทิ ผู้ป่วยโรคไตรระยะสุดท้ายและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2^{16,17} ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อส่งเสริมการลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะน้ำหนักเกินร่วมด้วย โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหารและออกกำลังกายครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง (performing special task) 3) การแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง (information seeking) และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา (self-adjusting)¹⁶ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง¹⁶ ในการพัฒนาโปรแกรม เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว เน้นการเสริมสร้างทักษะในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านการปฏิบัติจริง โดยการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมน้ำหนักและลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ซึ่งส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การจำกัดปริมาณแคลอรี และการออกกำลังกายด้วยการเดิน นั้บก้าว โดยมีองค์ประกอบการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) โดยประเมินและบันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว รายการอาหาร และจำนวนก้าวเดิน 2) การมีทักษะหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง (performing special task) เพื่อควบคุมการดำเนินของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยฝึกทักษะการควบคุมอาหาร การจำกัดปริมาณแคลอรี และฝึกทักษะการเดิน และการนับก้าว 3) การแสวงหาข้อมูลการจัดการตนเอง (information seeking) โดยให้ความรู้ผ่านวีดิทัศน์ 8 นาทีและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม และ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของโรคและการรักษา (self-adjusting) โดยติดตาม

ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที กระบวนการทั้งหมดประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การให้คำปรึกษาและการติดตามการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่นำไปสู่พฤติกรรม

จัดการตนเอง (self-management behaviors) ในการควบคุมอาหาร (diet control) การออกกำลังกาย (exercise) เพื่อลดน้ำหนัก (body weight) และควบคุมความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) อย่างมีประสิทธิภาพ (Figure 1)

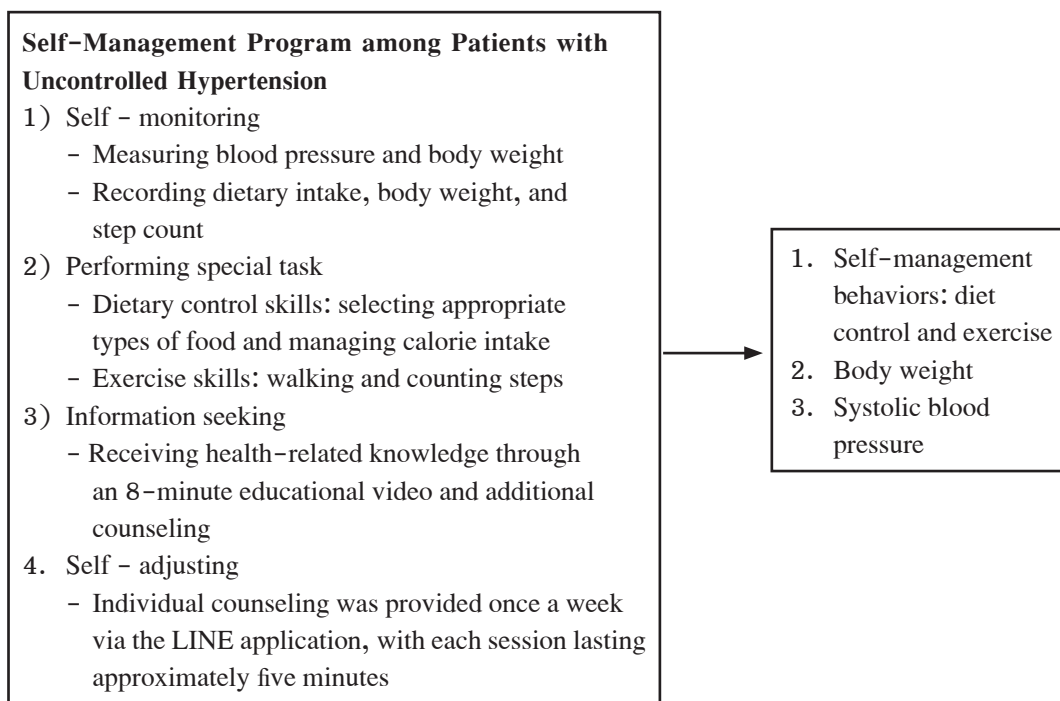


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลหลังการทดลอง (posttest-only with control group design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีภาวะน้ำหนักเกิน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และมีภาวะน้ำหนักเกินที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤตโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตจากการวัดที่บ้าน (Home Blood Pressure

Monitoring, HBPM) มากกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท 2) ไม่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 120 มม.ปรอท 3) อายุระหว่าง 18–60 ปี 4) มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ม² 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจนทั้งการพูด ฟัง อ่าน และเขียน 6) ไม่มีข้อจำกัดในการเดินตามการรับรู้ของตนเอง 7) สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษา หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต คือ ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/120 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ 12 สัปดาห์ หรือมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแล โรคประจำตัว และระยะเวลาที่เป็นความดันโลหิตสูง (2) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนัก จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร จำนวน 17 ข้อ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ (3) แบบบันทึกน้ำหนัก โดยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักทุกเช้าหลังตื่นนอน และใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิมตลอดการศึกษา (4) แบบบันทึกความดันโลหิต ซึ่งให้ผู้ป่วยวัดความดันโลหิตวันละ 2 ครั้ง คือช่วงเช้าและก่อนนอน และ (5) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัลที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานและมีความเที่ยงตรง

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) Self-monitoring โดยให้ผู้ป่วยบันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักตัว รายการอาหาร และจำนวนก้าวเดินทุกวัน รวมถึงเฝ้าระวังอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หรือแขนขาอ่อนแรง (2) Performing special tasks โดยฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตที่บ้าน การคำนวณแคลอรีผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างน้อยวันละ 10,000 ก้าว 5 วันต่อสัปดาห์ โดยใช้นาฬิกาจับก้าวเพื่อสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นการออกกำลังกาย (3) Information seeking การรับข้อมูลการควบคุมปริมาณแคลอรีในอาหารและการออกกำลังกายแบบเดินนับก้าวผ่านสื่อวีดิทัศน์ ความยาว 8 นาที ให้คู่มือการควบคุมอาหารและการเดินนับก้าว และการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งผู้วิจัยให้คำปรึกษา ส่งสื่อการสอน กระตุ้น และให้กำลังใจเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 5 นาที และ (4) Self-adjusting โดยติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมรับประทานอาหาร เช่น ลดแป้ง น้ำตาล ไขมัน และอาหารทอด เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่หวาน รวมถึงปรับกิจกรรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามเป้าหมายและสภาวะสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมลดน้ำหนัก คู่มือและสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ความยาว 8 นาที ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสม

ของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยคู่มือและสื่อวีดิทัศน์มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1.00 ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับเนื้อหาบางส่วนในคู่มือให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 2 คน ผลการศึกษานำร่องพบว่า โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง คู่มือและวีดิทัศน์มีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่ายและสามารถทบทวนซ้ำได้

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของภรณ์ทิพย์ ศรีสุข (2565)¹⁷ ซึ่งพัฒนาสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เดิมเท่ากับ 0.90 ในการศึกษา ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ปรับข้อความคำถามจำนวน 8 ข้อเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถามฉบับปรับปรุง ประกอบด้วย 25 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมควบคุมอาหาร 17 ข้อ และด้านการออกกำลังกาย 8 ข้อ โดยใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ โดยคะแนนสูงหมายถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมาก แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านความดันโลหิตสูง 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และเมื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 20 คน พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.83

3. เครื่องวัดความดันโลหิตดิจิทัล ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากหน่วยซ่อมบำรุงคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ผลการทดสอบค่าอ่านมาตรฐาน (standard reading test) พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ แสดงถึงความถูกต้องของเครื่องมือก่อนนำไปใช้ในการทดลอง ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างถูกวิธี

4. นาฬิกานับก้าวเดินแบบดิจิทัล ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำของจำนวนก้าวเดิน พบว่ามีความสอดคล้องกับการเคลื่อนไหวจริงของผู้สวมใส่ กลุ่มตัวอย่างได้รับนาฬิกานับก้าวเดินเพื่อนำไปใช้ในการติดตามจำนวนก้าวที่บ้าน

5. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากศูนย์ซึ่งตวงวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างได้รับเครื่องชั่งน้ำหนักเพื่อนำไปใช้ที่บ้าน โดยได้รับคำแนะนำและฝึกวิธีการชั่งน้ำหนักอย่างถูกวิธี ทั้งนี้ได้กำชับให้ใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิมตลอดระยะเวลาการติดตามผล เพื่อความถูกต้องและความสม่ำเสมอของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดและยึดมั่นในหลักการสำคัญ ได้แก่ กฎสิทธิประโยชน์ กฎของการเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ และกฎแห่งความยุติธรรม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขโครงการ HE 651302 เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยแก่ผู้ป่วยอย่างชัดเจน รวมถึงขั้นตอนการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ

การตัดสินใจเข้าร่วมหรือการปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษา และการดูแลจากทีมพยาบาล หากประสงค์จะออกจากการศึกษาสามารถยกเลิกได้ทันที ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นในลักษณะภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัยได้ลงนามในเอกสารความยินยอมโดยสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกความดันโลหิตสูงวิกฤต เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการ รวมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการสนับสนุนการเก็บข้อมูล จากนั้นได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมอธิบายข้อมูลโครงการอย่างครบถ้วน ตอบข้อซักถาม และใช้เวลาในการพิจารณาตัดสินใจอย่างอิสระ เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ หลังจากนั้นจึงเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดตารางนัดหมายแยกกันเพื่อป้องกันการพบปะหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสองกลุ่ม

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติปกติของคลินิกความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการผิดปกติ และตรวจสอบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยบันทึกไว้ในสมุดประจำตัว จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังจากนั้นทำการวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง (ห่างกัน 1 นาที) และชั่งน้ำหนักตัว พยาบาลให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียม

การควบคุมน้ำหนัก โดยเลือกอาหารไขมันต่ำ ลดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล การออกกำลังกาย และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลซ้ำโดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิม พร้อมวัดความดันโลหิต 2 ครั้ง (ห่างกัน 1 นาที) และชั่งน้ำหนักตัว หลังจากนั้นมอบคู่มือการลดน้ำหนักสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พร้อมแนะนำการใช้งาน และให้ผู้ผู้ป่วยสแกน QR Code เพื่อเข้าถึงสื่อความรู้เพิ่มเติมและสอบถามข้อสงสัย

กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินอาการผิดปกติ และตรวจสอบค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่บ้าน และให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง (ห่างกัน 1 นาที) และชั่งน้ำหนักตัว หลังจากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการเดินนับก้าวเป็นรายบุคคล โดยให้ชมสื่อวีดิทัศน์ ความยาว 8 นาที และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ฝึกการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ฝึกคำนวณปริมาณแคลอรีอาหาร ฝึกการเดินนับก้าว การใช้นาฬิกา นับก้าว การชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งดิจิทัลที่ถูกต้อง และการวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้อง รวมถึงการบันทึกรายการอาหาร น้ำหนักตัว และค่าความดันโลหิตในแบบบันทึกประจำวัน พร้อมมอบคู่มือการควบคุมน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และนาฬิกานับก้าวสำหรับใช้ที่บ้าน หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-11 ผู้วิจัยติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ทุก 1 สัปดาห์โดยประเมินบันทึกรายการอาหาร การเดินนับก้าวตามเป้าหมายทุกวัน น้ำหนักตัว และค่าความดันโลหิต พร้อมให้คำปรึกษาเพิ่มเติม ใช้เวลาครั้งละประมาณ 5 นาทีต่อคน รวมถึงการส่งข้อความเพื่อกระตุ้นและให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายประเมินผลซ้ำที่คลินิกความดันโลหิตสูง

วิกฤต โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรม
การจัดการตนเอง วัดความดันโลหิต 2 ครั้ง (ห่างกัน
1 นาที) และชั่งน้ำหนักตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่าง
ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม
การจัดการตนเอง น้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิต
ซิสโตลิก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ
การพยาบาลตามปกติ ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล
ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจง
ปกติ จึงใช้สถิติ Independent t-test ในการวิเคราะห์

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะ
ข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มทดลองมีอายุ
ระหว่าง 37-60 ปี (M 50.02, SD 7.12 ปี)
กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 36-60 ปี (M 52.56,
SD 6.01 ปี) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพ

สมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี แพทย์
อยู่กับคู่สมรส มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเพียงพอ
ประกอบอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และ
ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลที่คล้ายกัน ผลการ
วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างสองกลุ่ม
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
ลักษณะการพักอาศัย อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน
และสิทธิการรักษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม
การควบคุมอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย
ก่อนและหลังการทดลองภายในแต่ละกลุ่ม พบว่า
หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม
การควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.526, p < .001$) และค่าเฉลี่ย
พฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลอง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.860, p < .001$)
ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.130, p = .267; t = 1.450,$
 $p = .158$) (Table 1)

Table 1 Comparisons of eating and exercise behaviors before and after the program using Paired t test

Variable/Group	Before		After		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Eating behaviors						
Control group (n=30)	2.51	0.45	2.53	0.44	1.130	.267
Experimental group (n=30)	2.25	0.48	2.81	0.37	8.526	< .001
Exercise behaviors						
Control group (n=30)	1.95	0.64	2.01	0.68	1.450	.158
Experimental group (n=30)	1.83	0.80	3.12	0.51	9.860	< .001

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรม
การควบคุมอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย
ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย
พฤติกรรมควบคุมอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.670, p < .01$) เช่น
เดียวกัน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมออก
กำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($t = 7.150, p < .001$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of eating and exercise behaviors between experimental and control groups after the program using Independent t test

Group	Experimental group (n=30)		Control group (n=30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Eating behaviors	2.81	0.37	2.53	0.44	2.670	< .01
Exercise behaviors	3.12	0.51	2.01	0.68	7.150	< .001

ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ย 84.43 กิโลกรัม (SD = 16.60) และกลุ่มควบคุมน้ำหนักเฉลี่ย 75.23 กิโลกรัม (SD = 14.58) ซึ่งค่าเฉลี่ยของน้ำหนักระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 12 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 83.15 กิโลกรัม (SD = 16.50)

หรือลดลงเฉลี่ย 1.39 กิโลกรัม (SD = 1.69) ในขณะที่กลุ่มควบคุมน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 75.74 กิโลกรัม (SD = 14.92) หรือเพิ่มขึ้น 0.51 กิโลกรัม (SD = 1.25) การวิเคราะห์ผลต่างของน้ำหนักตัวระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองลดน้ำหนักได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1.907 กิโลกรัม (95% CI: -2.67 ถึง -1.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.967, p < .001$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of differences in body weight between experimental and control groups using Independent t test

Body weight (kg)	Experimental (n=30)		Control (n=30)		Mean difference	95%CI	t	p-value
	M	SD	M	SD				
	-1.397	1.699	0.510	1.250	-1.907	-2.67, -1.13	5.967	<.001

ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย SBP เท่ากับ 150.27 มิลลิเมตรปรอท (SD = 14.46) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 144.90 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.03) โดยค่าเฉลี่ยของ SBP ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย SBP ลดลงจาก 150.27 มิลลิเมตรปรอท (SD = 14.46) เป็น 141.77 มิลลิเมตรปรอท (SD = 13.44) หรือลดลงเฉลี่ย 8.50

มิลลิเมตรปรอท (SD = 10.72) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย SBP เพิ่มขึ้นจาก 144.90 มิลลิเมตรปรอท (SD = 11.03) เป็น 146.83 มิลลิเมตรปรอท (SD = 12.70) หรือเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.93 มิลลิเมตรปรอท (SD = 8.58) และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ย SBP ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของค่า SBP มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = -%95 ,10.566 CI: -15.56 ถึง -5.57, $t = -4.040, p < .001$) (Table 4)

Table 4 Comparisons of differences in systolic blood pressure (SBP) between experimental and control groups using Independent t test

SBP (mmHg)	Experimental (n=30)		Control (n=30)		Mean difference	95 % CI	t	p-value
	M	SD	M	SD				
	-8.50	10.72	1.93	8.58	-10.566	-15.56, -5.57	-4.040	<.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁸ ที่ระบุว่า ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนมีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน และมักมีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิต¹⁹

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งในด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับแนวทางการจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริง โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่ครอบคลุมกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังตนเอง (self-monitoring) ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกปริมาณแคลอรีของอาหาร น้ำหนักตัว จำนวนก้าวเดิน และระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความตระหนักรู้และสามารถประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ (performing special tasks) เช่น การคำนวณแคลอรี การวัดความดันโลหิตที่บ้าน และการตั้งเป้าหมายการออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 10,000 ก้าว¹⁶ การแสวงหา

ข้อมูล (information seeking) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและคำแนะนำจากผู้วิจัยได้อย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง (self-adjusting) เช่น การเลือกอาหารที่เหมาะสมและการบูรณาการการเดินนับก้าวในชีวิตประจำวัน²⁰ องค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมทักษะการควบคุมตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ^{14,21} โดยเฉพาะเมื่อมีการติดตามต่อเนื่อง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนทางสังคมร่วมด้วยอย่างเหมาะสม¹³

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อันเป็นผลมาจากการบูรณาการการให้ความรู้เชิงรุกผ่านสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายด้วยการเดินนับก้าว ร่วมกับการให้คำปรึกษาและติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันไลน์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการฝึกทักษะปฏิบัติจริงในการคำนวณพลังงานอาหาร โปรแกรมการจัดการตนเองในการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านโภชนาการตามแนวทาง DASH แต่มีจุดเด่นตรงที่ผสานการควบคุมอาหารและการเดินนับก้าวเข้ากับกระบวนการจัดการตนเอง

อย่างครอบคลุม ทั้งด้านการเฝ้าระวังตนเอง การแสวงหาข้อมูล การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างแอปพลิเคชันไลน์เพื่อการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงสะท้อนว่าโปรแกรมนี้มีความเหมาะสมและเป็นไปได้สูงในการประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้และมีภาวะน้ำหนักเกินในบริบทบริการสุขภาพปัจจุบัน^{17,22}

การศึกษานี้กำหนดเป้าหมายการเดินร่วมกับผู้ป่วยให้ได้อย่างน้อยวันละ 10,000 ก้าว¹⁶ พร้อมทั้งให้บันทึกข้อมูลรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน นับจำนวนก้าวเดิน ติดตามน้ำหนักตัว และวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการเฝ้าระวังตนเอง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²⁻²⁵ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่รายงานว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยลดน้ำหนักในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเดินนับก้าวอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินหายใจ และเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย^{22,24-25} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางฉบับที่ใช้การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องหรือกิจกรรมที่ต้องอาศัยพื้นที่ พบว่าผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ในการศึกษาที่ใช้การเดินนับก้าวเป็นกิจกรรมหลัก เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ สามารถบูรณาการเข้ากับกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และติดตามผลได้ด้วยนาฬิกานับก้าวเดิน²³ ร่วมกับ

การให้ข้อมูลย้อนกลับและเสริมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความต่อเนื่องของพฤติกรรม การออกกำลังกาย^{16,22} ดังนั้นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงมีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการลดน้ำหนักในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และมีภาวะน้ำหนักเกิน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 โดยสามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบผ่านการให้ความรู้เชิงรุก การฝึกทักษะ การติดตามผล และการประเมินอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และเฝ้าระวังสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักตัวและระดับความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง นอกจากนี้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือดและลดความต้านทานในระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา^{25,26} ที่ระบุว่า การลดน้ำหนักด้วยการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายที่เพียงพอสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ²³

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาความดันโลหิตไดแอสโตลิก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลแห่งเดียว ซึ่งเปิดให้บริการเพียงสัปดาห์ละ 1 วัน ทำให้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอยู่ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและอาจไม่สะท้อนถึงลักษณะของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในบริบทอื่น ๆ ได้ทั้งหมด นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่

สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนบางประการได้ เช่น การได้รับยาลดความดันโลหิตที่แตกต่างกัน ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว และโรคร่วม ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและตัวแปรผลลัพธ์ได้บางส่วน ดังนั้น ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายและควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลการศึกษานี้ในบริบทที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะโรค โดยเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการเฝ้าระวังตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามควรออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความสามารถ และบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Sathorn Ponpong, Conceptualization, Methodology, Data curation, Drafting the manuscript; Maliwan Silarat, Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and Editing, Project administration, Drafting the manuscript, Manuscript revision; Wasana Ruaisungnoen, Conceptualization, Methodology, Data curation, Review and Editing.

AI Use Disclosure: The authors declare that AI was used only for proofreading, editing and translating the words.

References

1. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. Chiang Mai: Trickink; 2022. (in Thai) Available from: <http://www.jmatonline.com/PDF/1729-1738-PB-12199.pdf>
2. Sittiwang S, Aungwattana S, Tamdee D. Effects of self-management promoting program on health behaviors and blood pressure level of persons with uncontrolled hypertension. Nurs J CMU. 2020; 47(2):85–97. (in Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/241799>
3. Pannipha T, Paralee O, Kanchana H. Factors affecting blood pressure level control in patients with hypertension [Internet]. JNursPublicHealthRes. 2024;4(2):e268403. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr>
4. Fuchs FD, Whelton PK. High blood pressure and cardiovascular disease. Hypertension. 2020;75(2): 285–92. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSION.AHA.119.14240> PMID: 3186 5786
5. Critical Hypertension Clinic, Srinagarind Hospital. HT clinic patient statistics recording program. Khon Kaen: Srinagarind Hospital, Khon Kaen University; 2020. (in Thai)
6. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors influencing the health behavior of uncontrolled hypertension patients. Songklanagarind J Nurs. 2018;38(4):152–65. (in Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/163941>
7. Onsrinon N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. Songklanagarind J Nurs. 2017;37(1):63–74. (in Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/81279>

8. Uger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Hypertension. 2020;75(6):1334–57. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026> PMID: 32370572
9. Tantiekkarat S, Makmee P, Suksanguam N, Sattaphan N. Factors associated with self-care behaviors of the elderly with hypertension in Buriram province by using the PRECEDE framework theory. VRU Res Dev J Sci Technol. 2020;15(1):59–73. (in Thai) Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/vrurdistjournal/article/view/239933>
10. Hall ME, Cohen JB, Ard JD, Egan BM, Hall JE, Lavie CJ, et al. Weight-loss strategies for prevention and treatment of hypertension: a scientific statement from the AHA. Hypertension. 2021;78(5):e38–50. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000202> PMID: 34538096
11. Gilardini L, Redaelli G, Croci M, Conti A, Pasqualinotto L, Invitti C. Effect of a modest weight loss in normalizing blood pressure in obese subjects on antihypertensive drugs. Obes Facts. 2016;9(4):251–8. <https://doi.org/10.1159/000445504> PMID: 27454447
12. World Health Organization. Obesity [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2023 Feb 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity>
13. Patiapinun A, Toskulkao T, Leelahaku V. The effects of self-management program of hypertensive patients with chronic kidney disease stage 3 on self-management behaviors and blood pressure. Thai J Cardio Thorac Nurs. 2018;29(2):12–27. (in Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvnurse/article/view/164276>
14. Aunban P, Chomchan S, Tipwan N. Effects of self-management programs on self-care and blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension. Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J. 2021;13(2):59–72. (in Thai)
15. Browder DM, Shapiro ES. Applications of self-management to individuals with severe handicaps: a review. J Assoc Persons Severe Handicaps. 1985; 10(4):200–208. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/154079698501000403>
16. Methakanjanasak N. Self-management of end stage renal disease patient receiving hemodialysis. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
17. Srisuk P, Methakanjanasak N. Effects of the internet-based self-management program for carbohydrate control and exercise promotion among patients with type 2 diabetes. Udon Thani Hosp Med J. 2022;30(1):12–23. (in Thai)
18. Kamdaeng P. The management of menopausal symptoms. Nurs J CMU. 2020;47(1):47–58. (in Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/240772>
19. Sukhavulli O, Bunsuk C. Sex difference in metabolic syndrome, metabolic risk components, and amount among non-obese hypertension patients. Thai J Cardio Thorac Nurs. 2021;32(1):106–20. (in Thai)) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvnurse/article/view/242178>
20. Chaudhry UAR, Wahlich C, Fortescue R, Cook DG, Knightly R, Harris T. The effects of step-count monitoring interventions on physical activity: systematic review and meta-analysis of community-based randomised controlled trials in adults. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020;17(1):1–16. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01020-8> PMID: 33036635

21. Thananchai P, Wangwonsin A. Effects of self-management program on health behaviors and blood pressure among pre-hypertension group, Pak Huaioi Health Promoting Hospital, Phrae province. Boromarajonani Coll Nurs Uttaradit J. 2020;12(2):83–99. (in Thai)
22. Thipkratok S, Phatisena T. Effects of self-management program for health behavior modification, body mass index and waist circumference among village health volunteers with abdominal obesity. Reg Health Promot Cent 9 J. 2020;14(34):210–23. (in Thai)
23. Chalaem T, Worasuk N, Prayursirisak R. Effects of a self-management program on blood pressure control behaviors among patients with uncontrolled hypertension. JBCN Bangkok. 2024;40(3):161–7. (in Thai)
24. Hernandez-Reyes A, Camara-Martos F, Molina-Luque R, Moreno-Rojas R. Effect of an mHealth intervention using a pedometer app with full in-person counseling on body composition of overweight adults: randomized controlled weight loss trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2020;8(5):e16999. <https://doi.org/10.2196/16999> PMID: 32348263
25. Yuenyongchaiwat K, Pipatsitipong D, Sangprasert P. Increasing walking steps daily can reduce blood pressure and diabetes in overweight participants. Diabetes Int. 2018;9(1):75–9. <https://doi.org/10.1007/s13340-017-0333-z> PMID: 30603352
26. Hanmanop S, Buranapuntarug S, Yuenyongchaiwat K, Pongpanit K, Namdaen P. Effects of aquatic exercise and land-based exercise program on blood pressure and body composition in overweight and obese participants. Thai Sci Technol J. 2021;24(4):727–37. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น: กรณีศึกษาโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ

มนทน์ภูฏี ปาละ, MSN. (Nursing Administration)¹

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีบทบาทสำคัญต่อการผลักดันคุณภาพบริการในโรงพยาบาล ให้บรรลุตามมาตรฐาน จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้บริหารระดับต้นมีข้อจำกัดด้านประสบการณ์และความเข้าใจในมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการบริหารและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในระดับหน่วยงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น 2) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการเรียนรู้ไปใช้ต่อความรู้และความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

การออกแบบการวิจัย การวิจัยและพัฒนา

การดำเนินการวิจัย งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ประสบการณ์ในการบริหารไม่เกิน 10 ปีที่โรงพยาบาล 26 คน ดำเนินการโดยการสำรวจ และการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ดำเนินการโดยการระดมสมองและสนทนากลุ่ม จำนวน 26 คน ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจริง ตามแผนที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 26 คน ดำเนินการโดยวัดประเมินผลความรู้ (post test) และสำรวจเพื่อประเมินรูปแบบการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น คุณภาพเครื่องมือวิจัย ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ทั้ง 4 ชุด โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน โดยการหาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence, IOC) นำผลที่ได้จากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิมาวิเคราะห์ IOC เป็นรายชื่อ แล้วพิจารณาปรับข้อคำถามในกรณีค่า IOC < .50 โดยผลประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยภาพรวมค่า IOC = .92 จำแนกได้เป็น แบบสำรวจขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นค่า IOC = 0.99 แนวคำถามสนทนากลุ่มขั้นตอนที่ 1 ค่า IOC = .92 แนวคำถามสนทนากลุ่มขั้นตอนที่ 2 ค่า IOC = .80 แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้โดยผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC = 1.00 และแบบสอบถามขั้นตอนที่ 4 การประเมินรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฯ ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้นค่า IOC = .98 โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 4 ทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร;
E-mail: tipmontianp@nu.ac.th

ผลการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 พบว่าสภาพปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพด้านการบริหารการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M 3.16, SD 0.62) โดยประเด็นด้านการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการบริหารการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด จัดอยู่ในระดับปานกลาง (M 3.11, SD 0.52) และด้านปฏิบัติการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M 3.59, SD 0.63) ประเด็นด้านการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติการพยาบาลการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดจัดอยู่ในระดับมาก (M 3.54, SD 0.74) จากการสนทนากลุ่มพบว่า ประเด็นปัญหาในปัจจุบัน ประกอบด้วยภาระงานที่มาก เวลาในการเรียนรู้ที่ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานพัฒนาคุณภาพด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล การเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุม การเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติไม่ชัดเจน การเรียนรู้ที่ผ่านมาเน้นทฤษฎีมากกว่าการปฏิบัติจริง และผู้บริหารระดับต้นส่วนใหญ่ต้องการรูปแบบการเรียนรู้ที่เป็นเชิงปฏิบัติการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบ สร้างและพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล โดยผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นเป็นผู้ร่วมตัดสินใจเลือกหัวข้อและรูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกผ่านการระดมสมองและสนทนากลุ่ม จากวิธีการเรียนรู้เชิงรุก 10 วิธี เลือกมา 3 วิธีที่มีผู้เลือกมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry-based learning) และวิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงการ (project-based learning) โดยแบ่งเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 15 ชั่วโมง และ โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 10 ชั่วโมง และประเมินรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน โดยการหา content validity แบบ IOC พบว่าผลการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมมากที่สุด ค่า IOC =1.00 ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการเรียนรู้ ที่ได้พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล จำนวน 7 หัวข้อครอบคลุมเนื้อหาตามมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 (ก) รวมระยะเวลา 900 นาที (15 ชั่วโมง) และโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 หัวข้อ ครอบคลุมเนื้อหาตามมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 (ข) รวมระยะเวลา 600 นาที (10 ชั่วโมง) โดยดำเนินการตามวันเวลาที่สะดวกของผู้บริหารระดับต้น ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฯ ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ภาพรวมด้านการบริหารการพยาบาลส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับมากที่สุด (M 4.52, SD 0.59) และ ด้านปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด (M 4.56, SD 0.56) โดยความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล (M 4.62, SD 0.57) และด้านปฏิบัติการพยาบาล (M 4.2, SD 0.50) อยู่ในระดับมากที่สุด และผลประเมินความรู้ (post-test) ด้านบริหาร คะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 87.75 ด้านปฏิบัติการพยาบาลคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 96.69 รวมทั้งได้ติดตามผลสัมฤทธิ์ที่ผู้บริหารระดับต้นได้นำไปพัฒนาระบบคุณภาพในหน่วยงานหลังผ่านรูปแบบการเรียนรู้ 3 เดือน พบว่ามีผลงานเชิงประจักษ์ที่ผู้บริหารระดับต้นได้นำความรู้ไปพัฒนาในหน่วยงาน ได้แก่ Service Profile ฉบับสมบูรณ์ แผนนิเทศทางการพยาบาลที่มีผลลัพธ์ครอบคลุม โครงการ/ กิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน พัฒนา CQI/ นวัตกรรมในหน่วยงาน แผนการพยาบาล/แผนการจำหน่ายรายโรค เป็นต้น

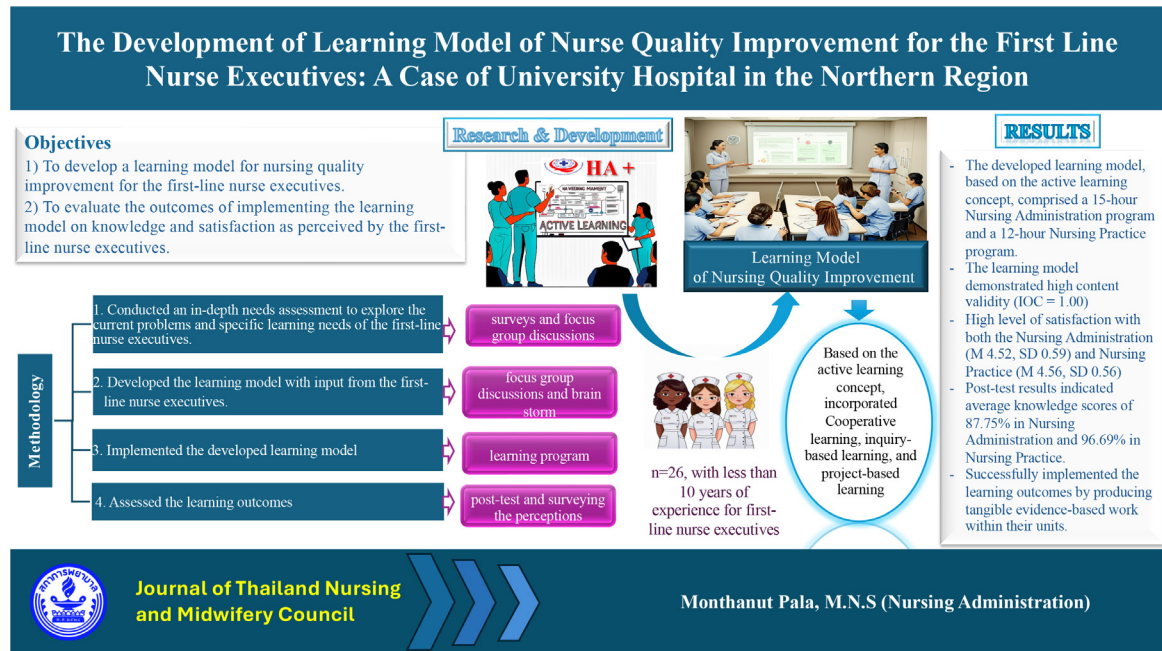
ข้อเสนอแนะ รูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างศักยภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น สามารถตอบสนองต่อความต้องการขององค์กร และเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลในอนาคต สามารถนำรูปแบบนี้ไปประยุกต์ใช้ในการอบรมผู้บริหารทางการพยาบาลในองค์กรอื่น และควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อศึกษาผลลัพธ์ต่อการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ รูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล

วันที่ได้รับ 15 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 พ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 28 พ.ย. 68

The Development of Learning Model of Nursing Quality Improvement for the First Line Nurse Executives: A Case Study of University Hospital in the Northern Region

Monthanut Pala, MSN. (Nursing Administration)¹



Extended Abstract

Introduction First-line nurse executives play a pivotal role in driving hospital service quality toward achieving established standards. However, evidence from prior practice suggests that these executives frequently encounter limitations in both experience and understanding of quality development standards, particularly in relation to professional nursing governance. Consequently, the development of appropriate learning models constitutes a critical mechanism for enhancing managerial competencies and advancing the quality of nursing services at the unit level.

Objectives 1) To develop a learning model for nursing quality improvement tailored to first-line nurse executives; 2) To evaluate the outcomes of implementing the learning model in terms of knowledge acquisition and perceived satisfaction among first-line nurse executives.

Design Research and Development (R&D)

Methodology This study employed a developmental research design comprising four sequential phases: **Phase 1: Problem and Needs Assessment** Examination of existing challenges and the need for a learning model in nursing quality improvement for first-line nurse executives. The sample consisted of 26 first-line nurse executives with less than 10 years of managerial experience in the hospital setting. Data were collected through surveys and focus group discussions. **Phase 2: Design and Development** Construction of the learning model for nursing quality improvement tailored to first-line nurse executives. The same sample of 26 participants contributed through brainstorming sessions and focus group discussions. **Phase 3: Implementation** Application of the developed learning model in practice according to the predetermined

¹Corresponding author, Registered Nurse (Professional Nurse Level) Naresuan University Hospital, Faculty of Medicine, Naresuan University, Phitsanulok Province, Thailand E-mail: tipmontianp@nu.ac.th]

plan. **Phase 4: Evaluation** Assessment of the outcomes of the learning model for nursing quality improvement among first-line nurse executives. The sample again comprised 26 participants. Evaluation was conducted using post-test knowledge assessments and surveys measuring executives' perceptions of the learning model. The content validity of the four research instruments was examined by five experts using the Index of Item-Objective Congruence (IOC). The experts' assessments were analyzed item by item, and revisions were made for any items with an IOC value below .50. The overall IOC value for the instruments was .92. Specifically, the results were as follows: Survey for Phase 1 (assessment of problems and needs regarding the learning model for nursing quality improvement among first-line nurse executives): IOC = .99; Focus group questions for Phase 1: IOC = .92; Focus group questions for Phase 2: IOC = .80; Expert evaluation form for the learning model: IOC = 1.00. Questionnaire for Phase 4 (evaluation of the learning model based on first-line nurse executives' perceptions): IOC = .98. The reliability of the questionnaires used in Phase 1 and Phase 4 was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .99 and .98, respectively.

Results In Phase 1, the current state of nursing quality management was found to be at a moderate level overall (M 3.16, SD 0.62). The lowest mean score was observed in the domain of evaluating the achievement of nursing management goals, which remained at a moderate level (M 3.11, SD 0.52). In contrast, nursing operations were rated at a high level overall (M 3.59, SD 0.63). Within this domain, the lowest mean score was found in monitoring and evaluating nursing outcomes, continuous improvement, and goal achievement (M 3.54, SD 0.74). Focus group discussions revealed several challenges, including heavy workloads, insufficient time for learning, limited knowledge and understanding of professional nursing governance standards, incomplete coverage of nursing quality improvement learning, weak linkage between theory and practice, and an overemphasis on theoretical rather than practical learning. Most first-line nurse managers expressed a preference for a blended, practice-oriented learning model. **Phase 2: Design and Development** The learning model was designed and developed using active learning principles in combination with hospital and healthcare quality standards (HA, Section II-2.1: Professional Nursing Governance). First-line nurse executives participated in decision-making regarding topics and active learning approaches through brainstorming and focus group discussions. From ten active learning methods presented, three were selected as most preferred: cooperative learning, inquiry-based learning, and project-based learning. The program was structured into two components: a 15-hour nursing management learning program and a 10-hour nursing operations learning program. Content validity was assessed by five experts using the Index of Item-Objective Congruence (IOC), yielding a score of 1.00, indicating the highest level of appropriateness. **Phase 3:** The developed learning model was implemented, comprising seven topics in nursing management, aligned with HA standards (Section II-2.1a), totaling 900 minutes (15 hours), and four topics in nursing operations, aligned with HA standards (Section II-2.1b), totaling 600 minutes (10 hours). The sessions were scheduled at times convenient for the participating first-line nurse executives. **Phase 4:** Evaluation of the learning model outcomes, based on the perceptions of first-line nurse executives, indicated that knowledge and understanding in nursing management reached the highest level (M 4.52, SD 0.59), as did nursing operations (M 4.56, SD 0.56). Satisfaction with the learning model was also rated at the highest level for both nursing management (M 4.62, SD 0.57) and nursing operations (M 4.20, SD 0.50). Post-test knowledge scores averaged 87.75% in nursing management and 96.69% in nursing operations. Follow-up conducted three months after implementation demonstrated tangible outcomes, including the development of a complete Service Profile, comprehensive nursing supervision plans, unit-level quality improvement projects and activities, continuous quality improvement (CQI) initiatives and innovations, as well as disease-specific nursing care and discharge plans.

Recommendation The newly developed learning model for nursing quality improvement provides an effective approach to strengthening the competencies of first-line nurse executives. It addresses organizational needs and serves as a prototype for future scaling and broader application. This model can be adapted for training nurse managers in other institutions, and long-term follow-up is recommended to examine its sustained impact on managerial practice and service quality outcomes.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 86-104

Keywords active learning model/ nursing quality improvement/ first-line nurse executives/ quality development standards/ nursing professional supervision

Received 15 May 2025, Revised 28 November 2025, Accepted 28 November 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลในประเทศไทย มีผู้นำทางการพยาบาลที่เข้มแข็ง มีบทบาทการนำทั้งในระดับองค์กร ระดับชาติ และนานาชาติ มีการแสดงภาวะผู้นำทั้งในระดับองค์กร วิชาชีพและระดับปัจเจกบุคคล การพัฒนาภาวะผู้นำของพยาบาลทุกระดับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญกับความท้าทายในระบบบริการสุขภาพของประเทศ สภาการพยาบาลได้กำหนดแผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2565 - 2569 โดยทิศทางการกลยุทธ์ที่ 2 มีเป้าประสงค์หลักคือ พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพด้านภาวะผู้นำและการบริหารจัดการของพยาบาลทุกระดับ¹ สอดคล้องกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ซึ่งกำหนดให้ผู้นำสูงสุดและผู้นำทีมการพยาบาลทุกระดับ ต้องมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์เพียงพอ ทั้งในด้านการบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล²

องค์กรพยาบาลของโรงพยาบาลกรณีศึกษาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 400 เตียง ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีประสบการณ์ด้านการบริหารโดยเฉลี่ย 7 ปี โดยร้อยละ 78.95 มีประสบการณ์ด้านบริหารไม่เกิน 10 ปี³ ซึ่งผู้บริหารกลุ่มนี้มีความรับผิดชอบในการบริหารการพยาบาลในระดับหน่วยงาน⁴ องค์กรได้กำหนดกรอบสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำนวน 6 ด้าน ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยมีสมรรถนะด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1. การวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 2. การนำมาตรฐานสู่ปฏิบัติการพยาบาล 3. การประเมินผลคุณภาพการพยาบาล และ 4. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁵ และจากการทำ Rapid Assessment

ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาลตามการรับรู้ของตนเองของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ในปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีความรู้ความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ในระดับต่ำ เช่น มีความรู้ความเข้าใจมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ร้อยละ 12.5 มีการประยุกต์ใช้การจัดการกระบวนการในการพัฒนาโครงสร้างและกลไกอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 18.75 มีการนำผลการทบทวนมาพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 25 เป็นต้น จากผลการประเมินข้างต้นนำสู่แนวคิดในการดำเนินการ เพื่อพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐาน

การพัฒนาศักยภาพในอดีตรักใช้วิธีการอบรมแบบการถ่ายทอดความรู้แบบตั้งรับ (passive learning) เน้นผู้สอนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง⁶ ในขณะที่รูปแบบการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของผู้เรียนในกระบวนการเรียนรู้ผ่านการคิดวิเคราะห์ การนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ และการสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง รวมถึงทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ โดยวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการเรียนรู้เชิงรุกมีหลายวิธี เช่น การจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน (project - based learning) การจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry - based learning) การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา (case - based learning) การจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) เป็นต้น⁷ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับ สรพ. ที่ระบุว่า การเรียนรู้ (study หรือ learning) เป็นสิ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ โดยการเรียนรู้ในที่นี้มีวิธีการที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) การอภิปรายกลุ่ม (group

discussion & learning) การติดตามตัวชี้วัด การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินการบรรลุเป้าหมาย (indicator monitoring, data analysis, & goal achievement assessment) เป็นต้น²

การพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารระดับต้นด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาลขององค์กรพยาบาลแห่งนี้ ดำเนินการโดยส่งเสริมให้เข้ารับการอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กรตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ แต่ไม่สามารถครอบคลุมผู้บริหารทางการพยาบาลทุกคนในคราวเดียวกัน และยังไม่ได้กำหนดแนวทางการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านนี้โดยเฉพาะจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบรูปแบบหรือโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการจัดการคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับประเด็นการพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลของประเทศ ที่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งขาดการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร¹ ผู้วิจัยปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งรองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านพัฒนาคุณภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อเติมเต็มช่องว่างในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้เชิงรุกด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 นำมาสู่การประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ผู้ที่จะต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการเรียนรู้ไปใช้ต่อความรู้และความพึงพอใจตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning concept)⁷ ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ตอนที่ II-2.1 (Quality improvement concept based on HA Standard II-2.1) การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล⁸ พัฒนาเป็นรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Learning model for nursing quality improvement) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 โปรแกรม คือ โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล (Nursing administration) และ โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practice) และวัดผลประเมินรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Outcomes of the nursing quality improvement learning model) ทั้งด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น (Figure 1)

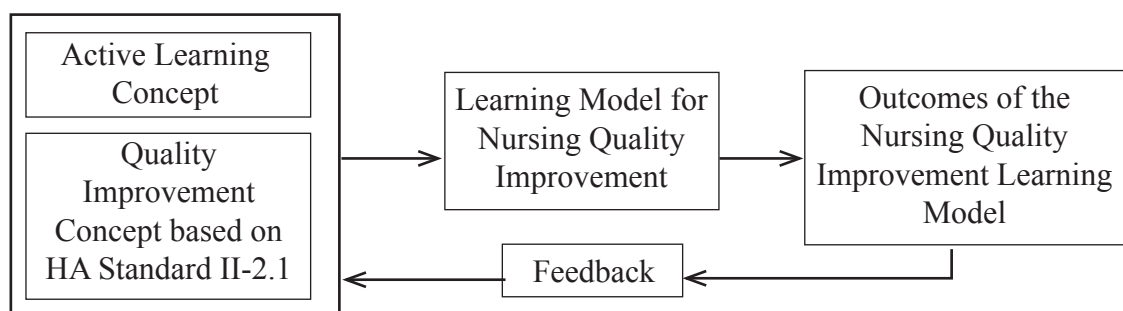


Figure 1 Conceptual Framework

แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก คือ รูปแบบการเรียนรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ด้านพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วยวิธีการเรียนรู้ 3 วิธีตามความต้องการของผู้บริหารทางการพยาบาล ประกอบด้วย วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry-based learning) และวิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน (project-based learning)⁷ ส่วนแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 คือ มาตรฐานด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ประกอบด้วย การบริหารการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล² เมื่อได้รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาจากสองแนวคิดดังกล่าว ได้ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพฯ คือ ผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นมีความรู้ ความสามารถในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลครอบคลุมผลลัพธ์ด้านบริหาร และด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ผลคะแนนสอบวัดความรู้ความเข้าใจ ผลประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้ฯ ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น และผลงานเชิงประจักษ์อื่น ๆ เช่น Service profile ฉบับสมบูรณ์ ผลงานพัฒนาคุณภาพหรือนวัตกรรม แผนนิเทศทางการพยาบาล เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์ด้านบริหารไม่เกิน 10 ปี จากประชากรผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นทั้งหมด 40 คน

การวิจัยนี้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน **ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฯ **ขั้นตอนที่ 2**

พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฯ **ขั้นตอนที่ 3** นำรูปแบบการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติจริงตามแผนที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการตามวินเวลาที่เหมาะสมของผู้บริหารระดับต้น และ**ขั้นตอนที่ 4** ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้โดยเกณฑ์คัดเข้า คือ พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหารระดับต้น สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และมีประสบการณ์การทำงานด้านบริหารไม่เกิน 10 ปี (ณ ตุลาคม 2567) เกณฑ์คัดออก คือ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่มีประสบการณ์ด้านบริหารมากกว่า 10 ปี ลาออกหรือย้ายสถานที่ทำงาน และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หรือเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้น้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้บริหารระดับต้นร่วมกันพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก และแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล (nursing administration) ระยะเวลา รวม 900 นาที ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ คำศัพท์ที่ควรรู้กับมาตรฐาน HA (90 นาที) การประยุกต์ใช้ 3P กับ service profile (180 นาที) การใช้มาตรฐาน HA และ SPA (90 นาที) โดยทั้ง 3 หัวข้อใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยการแบ่งกลุ่มปรึกษาหารือ (group discussion) กลุ่มละ 4 คน สิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (120 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ผสมผสานกับแบบร่วมมือ การนิเทศทางการพยาบาล (180 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานกลุ่ม การวิเคราะห์ผลลัพธ์ ตัวชี้วัดทางการพยาบาล และการประเมินการบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล (180 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ และการประสาน

ความร่วมมือกับคณะกรรมการระดับองค์กรที่เกี่ยวข้อง (60 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (2) โปรแกรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) ระยะเวลารวม 600 นาที ประกอบด้วย 4 หัวข้อ ได้แก่ การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย (150 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานกลุ่ม การใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และมาตรฐานของวิชาชีพ (180 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ การติดตามประเมินผลผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (180 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ การบันทึกและรายงานทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ (90 นาที) ใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ โดยในทุกหัวข้อ ผู้สอนได้เตรียมเนื้อหาและสื่อการสอน power point และเก็บไฟล์ข้อมูลการสอนใน Google drive ในไลน์กลุ่ม รวมทั้งมีการบันทึกเนื้อหาการเรียนรู้ผ่านคลิปรีวิดีโอเพื่อให้ผู้บริหารระดับต้นสามารถนำกลับมาทบทวนได้ในภายหลัง โดยกำหนดให้ผู้บริหารระดับต้นนำอุปกรณ์คอมพิวเตอร์สำหรับใช้ฝึกปฏิบัติในขั้นตอนที่ 3

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำแนกตามขั้นตอนการวิจัยมีดังนี้

1. แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 17 ข้อ ที่มีลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ใช้ในขั้นตอนที่ 1

2. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group interview guide) แบบมีโครงสร้าง จำนวน 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ สภาพปัจจุบัน ปัญหาที่ครอบคลุมทั้งด้านบริหารและการปฏิบัติการพยาบาล และความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่ผ่านมา ใช้ในขั้นตอนที่ 1

3. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (Focus group interview guide) แบบมีโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ที่ต้องการโดยครอบคลุมการจัดลำดับหัวข้อการเรียนรู้ และวิธีการจัดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารระดับต้น ใช้ในขั้นตอนที่ 2

4. แบบประเมินรูปแบบการเรียนรู้สำหรับผู้บริหารระดับต้น สำหรับผู้เชี่ยวชาญใช้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ และ (2) องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้เป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ เพื่อนำมาคำนวณหาค่า Index of item objective congruence (IOC) ใช้ในขั้นตอนที่ 2

5. แบบประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น เป็นแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ และคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ใช้ในขั้นตอนที่ 4

6. แบบทดสอบความรู้ (post-test) จำนวน 120 ข้อ แบ่งเป็นด้านบริหาร 70 ข้อและด้านปฏิบัติการ 50 ข้อ เป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยผู้สอนเป็นผู้ออกข้อสอบ ซึ่งครอบคลุมตามหัวข้อการเรียนรู้ ใช้ในขั้นตอนที่ 4 โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านอยู่ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

แบบสอบถามขั้นตอนที่ 1 และ 4 กำหนดตัวเลือกเป็น 5 ระดับ โดย น้อยที่สุด = 1, น้อย = 2, ปานกลาง = 3, มาก = 4 และ มากที่สุด = 5 ค่าเฉลี่ยที่ได้แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.51 – 4.50

หมายถึง ระดับมาก และ 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The index of item objective congruent, IOC) โดยจำแนกได้เป็น แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 1 ได้ค่า IOC = .99 แนวคำถามสนทนากลุ่มขั้นตอนที่ 1 ค่า IOC = .92 แนวคำถามสนทนากลุ่มขั้นตอนที่ 2 ค่า IOC = .80 แบบสอบถามประเมินรูปแบบการเรียนรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ขั้นตอนที่ 2 ค่า IOC = 1.0 และแบบสอบถามเพื่อประเมินรูปแบบการเรียนรู้ ขั้นตอนที่ 4 ค่า IOC = .98 ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 4 ทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) มีความเชื่อมั่นในระดับดีมาก คือ .99 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ NU-IRB# P3-0091/2567 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเข้าร่วมศึกษาให้อาสาสมัครทราบ โดยอาสาสมัครมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยตนเอง เมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยจัดเก็บข้อมูลโดยใช้รหัสและข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ และกำหนดทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินงานวิจัยเป็นไปตามขั้นตอน⁹ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ ผู้ร่วมวิจัยคือผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 26 คน ตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 13 คน ตามความสมัครใจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ ด้วยการระดมสมอง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยประเด็นการระดมสมอง ประกอบด้วย แจ้งผลวิเคราะห์ข้อมูลด้านสภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ นำสู่การจัดลำดับหัวข้อการเรียนรู้ เลือกใช้รูปแบบการเรียนรู้ และระยะเวลาในแต่ละหัวข้อ ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น รูปแบบการเรียนรู้ด้านการบริหารการพยาบาล 900 นาที และ รูปแบบการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 600 นาที รายละเอียดของรูปแบบ ประกอบด้วย หัวข้อและเนื้อหาที่จะเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน HA ตอนที่ II-2.1 วิธีการจัดการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เรียน สื่อประกอบการเรียนรู้ และระยะเวลาในการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ ประเมินรูปแบบการเรียนรู้ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ด้วยการหา content validity แบบ IOC ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการเรียนรู้ ไปสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น จำนวน 26 คน โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม รวม 40 วัน ดำเนินการตามวัน เวลา ที่ผู้บริหารระดับต้นร่วมกันกำหนดซึ่งสอดคล้องกับภารกิจในแต่ละวันและเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามเป้าหมาย และ ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้ โดยสำรวจเพื่อประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการเรียนรู้

ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และทดสอบความรู้ (post-test) เป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก ใช้เวลาสอบประมาณ 150 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1 (R1)** วิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (simple content analysis) **ขั้นตอนที่ 2 (D1)** วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย และสรุปรูปแบบการเรียนรู้ ร่วมกับผู้บริหาร รวมทั้งวิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้ ที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นชอบโดยการหา content validity แบบ IOC **ขั้นตอนที่ 3 (R2)** วิเคราะห์ข้อมูลจากการเข้าร่วมของผู้บริหารฯ และ การจัดการเรียนรู้ตามโปรแกรม โดยใช้สถิติร้อยละ **ขั้นตอนที่ 4 (D2)** วิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการเรียนรู้ ตามการรับรู้ของผู้บริหารระดับต้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สรุปผลการทดสอบความรู้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสรุปรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 (R1) การวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพฯ

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 43.35 ปี (SD 4.01) การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.23 ระดับปริญญาโททางการพยาบาล ร้อยละ 19.23 และปริญญาโทสาขาอื่นๆ ร้อยละ 11.54 ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เฉลี่ย 18 ปี (SD 3.60) สูงสุด 22 ปี 5 เดือน และต่ำสุด 8 ปี 2 เดือน ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น เฉลี่ย 4 ปี 1 เดือน (SD 3.16) สูงสุด 10 ปี ต่ำสุด 1 เดือน (ณ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2567)

1.2 สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลฯ

ภาพรวมการพัฒนาคุณภาพด้านปฏิบัติการพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับมาก (M 3.59, SD 0.63) ด้านการบริหารการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M 3.16, SD 0.62) จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพด้านการบริหารการพยาบาลมีระดับค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านปฏิบัติการพยาบาลในทุกประเด็น ผลการประเมินดังตาราง (Table 1)

Table 1 Current Status of Quality Improvement Perceived by the First Line Nurse Executives

Current Status of Quality Improvement based on HA Standard II-2.1	M	SD
Nursing administration	3.16	0.62
1. Understanding and ability to apply the concept of process management (3P)	3.13	0.72
2. Collaboration with relevant organization-wide committees	3.20	0.64
3. Evaluation of nursing administration goal achievement	3.11	0.52
Nursing practice	3.59	0.63
4. Knowledge and ability to supervise in various related aspects	3.60	0.62
5. Monitoring, evaluation of nursing practice outcomes, and continuous improvement	3.54	0.74

รูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพฯ ที่ต้องการโดยเรียงลำดับตามความต้องการมากที่สุด ไปน้อยที่สุด ดังนี้ 1) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning method) ร้อยละ 25.81 2) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน (project-based learning method) ร้อยละ 15.29 และ 3) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry-based learning method) ร้อยละ 13.98

1.3 สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารระดับต้น จากการสนทนากลุ่ม ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่าย (content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูลดิบ (raw data) สู่การถอดรหัส (codes) และสรุปหมวดหมู่หลัก (categories) มีประเด็นสำคัญดังนี้

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารการพยาบาล และ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 1) ด้านการบริหารการพยาบาล พบ 5 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1.1) มีภาระงานที่มากและเวลาที่จำกัด ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “งานประจำก็เยอะแล้วนะ งานเอกสารก็มี เวลาที่จะมาพัฒนาคุณภาพมันน้อยมากเลย” 1.2) การขาดความรู้ความเข้าใจในมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพอย่างลึกซึ้ง ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวตรงกันว่า “บางทีเราก็กังไม่รู้ว่า HA แต่ละตัวมันคืออะไรบ้าง ต้องทำอะไรบ้าง” “อยากรู้ว่าตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มันวัดได้จริง ๆ ต้องเป็นยังไง” 1.3) การสื่อสารและการประสานงานที่ไม่ราบรื่น 1.4) การขาดแคลนทรัพยากรสนับสนุนที่จำเป็น และ 1.5) แรงต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในหน่วยงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางท่านกล่าวว่า “บางทีข้อมูลจากข้างบนลงมาก็ไม่ชัดเจน ทำให้

เราไม่มั่นใจในการสื่อสารต่อ” “เครื่องมือหรือคู่มือสำหรับทำงานคุณภาพก็หายาก” และ “บอกให้น้องเปลี่ยนวิธีการทำงานก็บ่นกัน บอกว่าทำแบบเดิมก็ได้อยู่แล้ว” 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พบ 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ภาระงานที่หนักของผู้ปฏิบัติงาน 2.2) ความแตกต่างของความรู้และทักษะของแต่ละบุคคล ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “พยาบาลแต่ละคนความรู้ไม่เท่ากัน ทำให้การทำงานตามมาตรฐานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน” และ 2.3) การฝึกอบรมและพัฒนาที่ไม่ต่อเนื่อง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางท่านกล่าวว่า “อบรมที่ก็ครั้งเดียวจบ ไม่มีการต่อยอด” และ “อยากให้มีการอบรมแบบต่อเนื่อง”

2. ความครอบคลุมการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าเน้นเนื้อหาทางทฤษฎีมากเกินไป ขาดการปฏิบัติจริง ขาดความต่อเนื่องและการติดตามผลของการเรียนรู้ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “การเรียนรู้ที่ผ่านมามันไม่ครอบคลุมพอ เนื้อหามันเป็นทฤษฎีมากเกินไป แล้วก็ขาดการนำไปประยุกต์ใช้จริง” และประเด็นที่ต้องการความชัดเจนเพิ่มคือ ความรู้ในการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ทั้งประเด็นการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและการวัดผล ความรู้ และทักษะในการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และปรับปรุงคุณภาพ ความไม่มั่นใจในวิธีการนำวงล้อการพัฒนาคุณภาพไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “อยากได้แนวทางที่ชัดเจนว่าจะเริ่มทำ CQI ยังไงให้เห็นผลจริง” และ “ข้อมูลในระบบก็มีเยอะนะ แต่ไม่รู้จะเอามาวิเคราะห์ยังไงให้เกิดประโยชน์”

3. รูปแบบการเรียนรู้ ที่ต้องการและคาดว่าจะช่วยให้เรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ต้องการรูปแบบการเรียนรู้ที่เป็นเชิงปฏิบัติการ ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน การมีคำแนะนำและคำปรึกษา

จากผู้มีประสบการณ์ ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “มีคนคอยให้คำปรึกษาเวลาเรามีปัญหาหน้างานก็ดีนะ” “การได้คุยกับเพื่อน ๆ ต่างหน่วยงานแล้วมันน่าจะได้อะไรมาก ๆ เยอะเลย” “ขอแบบลงมือทำเลย ไม่ต้องนั่งฟังบรรยายอย่างเดียว” “อยากได้กรณีศึกษาที่สำเร็จแล้วมาเป็นตัวอย่าง”

2. ขั้นตอนที่ 2 (D1) การออกแบบและพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้

จากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้น ซึ่งเลือกมา 3 ลำดับแรก ประกอบไปด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) โดยวิธีจัดกลุ่มและการอภิปราย (group discussion) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน (project-based learning) โดยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานกลุ่ม

และ วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry-based learning) โดยวิธีการให้ไปศึกษาด้วยตนเองก่อนมาเรียนรู้ร่วมกัน ได้รูปแบบการเรียนรู้ด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 900 นาที ด้านปฏิบัติการพยาบาล 600 นาที ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่กล่าวว่า “การปูพื้นฐานความรู้ HA และการใช้มาตรฐานเป็นเรื่องที่ยาก การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มทำให้สามารถร่วมกันวิเคราะห์และช่วยกันแก้ปัญหาได้มากขึ้น” “การประเมินและวิเคราะห์ผลลัพธ์ KPI เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการ เป็นเรื่องยากและเป็นปัญหาของพวกเรา อยากฝึกทำไปด้วย” “เรื่องบันทึกทางการแพทย์ใช้เป็นแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองก็ได้ เพราะมีเกณฑ์การประเมินที่ทำเป็นประจำอยู่แล้ว” (Table 2)

Table 2 Learning Model for Nursing Quality Improvement for the First-Line Nurse Executives

Learning Method	Learning Topic	Duration (minutes)
Nursing administration learning program		900
1. Lecture and cooperative learning	HA Standard terminology, Application of HA and SPA standards	180
2. Lecture and project-based learning	Risk and safety management, Collaboration with relevant organization-wide committees, Nursing outcome analysis, Nursing indicators, and Evaluation of nursing practice goal achievement	420
3. Lecture and inquiry-based learning	Application of 3P with service profile	180
4. Project-based learning and inquiry-based learning	Clinical supervision	120
Nursing practice learning program		600
1. Lecture and cooperative learning	Patient rights and professional ethics, Application of scientific evidence and professional standards, Monitoring, Evaluation of nursing practice outcomes, and Continuous improvement	420
2. Lecture and inquiry-based learning	Quality nursing documentation and reporting	180

**การพัฒนาแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ**

วิเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้ที่ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เห็นชอบโดยการวิเคราะห์ความถูกต้องของเนื้อหา (content validity) แบบ IOC โดยประเมินในประเด็น 1) แนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาแบบการเรียนรู้ และ 2) องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย หลักการ สำคัญ วัตถุประสงค์ กระบวนการ จัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล และสื่อ การเรียนการสอน อุปกรณ์ แหล่งเรียนรู้ ผลการประเมิน รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น พบว่า มีความเหมาะสม ระดับมากที่สุด (IOC = 1.00)

3. ขั้นตอนที่ 3 (R2) นำรูปแบบการเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นสู่การปฏิบัติ

ดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด ไว้ให้กับผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น จำนวน 26 คน

รูปแบบการเรียนรู้จัดเป็นลักษณะการเรียนรู้แบบ เผชิญหน้า (face-to-face learning) ผลการดำเนินการ พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ ดำเนินการได้ตามแผน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้บริหารระดับต้น 26 คน เข้าร่วม กิจกรรมมากกว่าร้อยละ 80 คิดเป็นร้อยละ 100

4. ขั้นตอนที่ 4 (D2) การประเมินผลลัพธ์ ของรูปแบบการเรียนรู้

4.1 ผลการทดสอบความรู้ภายหลังเรียน (post-test) พบว่า ผู้บริหารพยาบาลระดับต้นมีคะแนน ความรู้เฉลี่ย (M = 109.77, SD = 2.85) คิดเป็น ร้อยละ 91.47 โดยคะแนนเฉลี่ยด้านบริหาร (M = 61.42, SD = 2.40) คิดเป็นร้อยละ 87.75 และคะแนนเฉลี่ย ด้านปฏิบัติการพยาบาล (M = 48.35, SD 1.35) คิดเป็นร้อยละ 96.69 (Table 3)

Table 3 Knowledge Score at Post- test of the First Line Nurse Executives

Post-test Knowledge Score	M	S.D.	%
Nursing Administration (70 scores)	61.42	2.40	87.75
Nursing Practice (50 scores)	48.35	1.35	96.69
Overall	109.77	2.85	91.47

4.2 การประเมินความพึงพอใจและ ความคิดเห็นต่อรูปแบบการเรียนรู้ ตามการรับรู้ ของผู้บริหารระดับต้น

ผลการประเมินพบว่า รูปแบบการเรียนรู้ ภาพรวมด้านบริหารการพยาบาลส่งผลให้ผู้เรียนมี ความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.52,

SD = 0.59) และ ด้านปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับ มากที่สุด (M = 4.56, SD = 0.56) โดยความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการเรียนรู้ด้านบริหารการพยาบาล (M = 4.62, SD = 0.57) และด้านปฏิบัติการพยาบาล (M = 4.62, SD = 0.57) อยู่ในระดับมากที่สุด (Table 4)

Table 4 Satisfaction with the Implementation of the Learning Model as Perceived by the First-line Nurse Executives

Category	M	SD
Nursing Administration		
1. Overall mean of the nursing administration scale	4.52	0.59
2. Learning model's impact on knowledge and understanding, and ability to apply process management concepts according to standards 1-6 or 3P	4.48	0.58

Table 4 Satisfaction with the Implementation of the Learning Model as Perceived by the First-line Nurse Executives (Cont.)

Category	M	SD
3. Learning model's impact on knowledge and understanding of collaboration with relevant organizational committees	4.48	0.64
4. Learning model's impact on knowledge and understanding of nursing practice quality that aligns with the support unit and organizational goals	4.5	0.58
5. Learning model's impact on enhancing knowledge and competence in nursing quality improvement, encompassing nursing administration outcomes	4.54	0.58
6. Satisfaction with the implemented learning model	4.62	0.57
Nursing Practice		
1. Overall mean of the nursing practice scale	4.56	0.56
2. Learning model's impact on knowledge and understanding, and ability to provide supervision in relevant areas	4.55	0.56
3. Learning model's impact on knowledge and understanding of defining methods for evaluating and assessing the achievement of nursing practice goals within the unit	4.58	0.57
4. Learning model's impact on the ability to utilize review results (goals, processes, and performance outcomes) for continuous quality and safety improvement within the unit	4.54	0.58
5. Satisfaction with the implemented learning model	4.62	0.57

4.3 ความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

จากคำถามปลายเปิดร่วมกับการระดมสมองของผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นหลังผ่านโปรแกรมการเรียนรู้ครบถ้วนแล้ว มีดังนี้

1. รูปแบบการเรียนรู้ ส่งผลให้มีความเข้าใจในหลักการบริหารการพยาบาลและเครื่องมือพัฒนาคุณภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปพัฒนาหน่วยงาน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากระบุว่า “ทำให้เข้าใจในบริบทของการบริหารการพยาบาลมากขึ้น” “สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานได้” รูปแบบการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และ ทำให้เกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะที่จำเป็น

ดังที่ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า “การเรียนรู้แบบนี้ทำให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหัวหน้าคนอื่น ๆ” “ช่วยเพิ่มความสามารถและสมรรถนะของผู้เรียน” และรูปแบบการเรียนรู้ มีบรรยากาศการที่ดีช่วยกระตุ้นความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน ทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า “บรรยากาศการเรียนรู้สนุกสนาน” “ดีมาก ๆ ค่ะ อยากให้มีการจัดสอนอีกค่ะ”

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแบบการเรียนรู้ มีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) ด้านเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ เสนอแนะให้มีการเรียนรู้และศึกษาจากพื้นที่จริง นอกสถานที่ หรือหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้กับสถานการณ์จริงในการทำงานได้มากขึ้น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“อยากให้มีการปูพื้นฐานความรู้ด้านคุณภาพแบบนี้สำหรับผู้บริหารระดับต้น” “ถ้าเป็นไปได้ อยากให้มีการดูงานนอกสถานที่จากพร.อื่นๆ” (2) ด้านเวลาและการจัดการเรียนรู้ ผู้เรียนบางคนมีข้อกังวลเกี่ยวกับเวลา ด้วยมีภารกิจมากทำให้ไม่สามารถเรียนได้เต็มที่และเสนอแนะให้เรียนติดต่อกันเพื่อป้องกันการหลงลืมเนื้อหา ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เวลาการเรียนควรเรียนติดต่อกัน เพื่อไม่ให้เกิดความหลงลืมในเนื้อหา” รวมทั้งเสนอให้มีการจัดให้ความรู้ด้านคุณภาพเพิ่มเติมเมื่อมีองค์ความรู้หรือแนวทางใหม่ๆ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “อยากให้มีการจัดให้ความรู้ด้านคุณภาพเมื่อมีความรู้

ใหม่ๆ” “อาจจัดตั้งกลุ่มการเรียนรู้แบบต่อเนื่องในแต่ละประเด็นคุณภาพ”

4.4 ผลลัพธ์ภายหลังผ่านการอบรมรูปแบบการเรียนรู้ 3 เดือน

พบว่า มีผลงานเชิงประจักษ์ที่ผู้บริหารระดับต้นได้นำความรู้ไปพัฒนาในหน่วยงานจำนวน 9 รายการ โดย การจัดทำแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ รองลงมาคือ แผนนิเทศทางการพยาบาล และการทบทวนปัจจัยสาเหตุด้วย 5 Tier คิดเป็นร้อยละ 88.5 (Table 5)

Table 5 Outcomes at Three Months after Implementation of the Learning Model

Outcomes	n	%
Service profile	26	100
Nursing supervision plan	23	88.5
Ethic round / Ethic conference	22	84.6
Quality improvement project	16	61.5
Development of CQI/ Innovation in a unit	17	65.4
Control chart analysis	16	61.5
5-Tier Root Cause Analysis (RCA) review	23	88.5
Specific disease care plan / Discharge plan	7	26.9
Evidence-Based Practice (EBP)	4	15.4

การอภิปรายผล

รูปแบบการเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขข้อจำกัดด้านประสิทธิภาพและสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาล สอดคล้องกับประเด็นสมรรถนะผู้บริหารทางการพยาบาล ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ปี พ.ศ. 2568 สมรรถนะที่ 3 การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และสมรรถนะที่ 5 การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้นวัตกรรม¹⁰ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ดังที่ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ยังไม่เข้าใจถึงขอบเขตและ

รายละเอียดของมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล รวมทั้งการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมเท่าที่ควรขาดการปฏิบัติจริงขาดความต่อเนื่องและขาดการติดตามผลของการเรียนรู้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น จำเป็นต้องมีกลไกที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและการติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ ในงานวิจัยนี้ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงรุกที่กล่าวว่า การเรียนรู้เชิงรุกช่วยพัฒนาผู้เรียนในหลากหลาย

ประเด็น ทั้งในประเด็นของการสร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิต แก่ผู้เรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนจดจ่ออยู่กับการเรียนรู้ ปรับปรุงความกระตือรือร้นในการเรียนของผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายทางวิชาการในระดับที่สูงขึ้น เกิดการเรียนรู้กว้างขวางรอบด้านมากขึ้น เตรียมความพร้อมการทำงานในอนาคตแก่ผู้เรียนและปรับปรุงการทำงานร่วมกัน¹¹ ซึ่งการนำวิธีการเรียนรู้ทั้ง 3 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) วิธีนี้เสริมให้ผู้เรียน active ผ่านการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะช่วยพัฒนาศักยภาพการทำงานร่วมกันอันเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในศตวรรษที่ 21 เป็นการจัดการเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ร่วมมือและช่วยเหลือกันในการเรียนรู้ โดยแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มเล็กๆ ทำงานร่วมกัน เพื่อเป้าหมายกลุ่ม สมาชิกจะมีความรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งในส่วนตนและส่วนรวมมีการฝึกและใช้ทักษะการทำงานกลุ่มร่วมกัน⁷ 2) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ (inquiry-based learning) วิธีนี้ ผู้เรียนต้องแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนกระตือรือร้นในการเรียนและช่วยให้ผู้เรียนมีมีโนทัศน์ในเรื่องที่เรียนที่ชัดเจน มีทักษะในการปรับตัว ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการจัดการตนเอง และมีทักษะการคิดอย่างเป็นระบบ⁷ 3) วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงาน (project-based learning) เป็นวิธีการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียน active เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้วางโครงงานของตนเองและดำเนินการให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายของโครงงานนั้นด้วยตนเอง รวมทั้งจะมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการทำงานนั้นอย่างกระตือรือร้นด้วยความอยากรู้ตลอดเวลาของตนเอง⁷ ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีติณัฏฐ์ ราชภักดี และคณะ (2566)¹² ซึ่งพบว่า การพัฒนา

รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานตามแนวความคิดการเรียนรู้ร่วมกันและการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ส่งผลให้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทักษะ การคิดแก้ปัญหา ทักษะการทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้ฯ พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ในระดับมากที่สุด ทั้งในส่วนของการบริหารและด้านปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก โดยใช้กระบวนการซึ่งประกอบไปด้วย 1) ประเมินความต้องการของชั้นเรียน (Assess the needs of the class) ซึ่งดำเนินการโดยการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้เรียน 2) ออกแบบกิจกรรม (Design the activity) โดยดำเนินการทั้งในประเด็นของหัวข้อการเรียนรู้ ซึ่งได้ร้อยเรียงตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพด้านการกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล และการเลือกใช้รูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนเป็นผู้ที่ร่วมกันเลือกวิธีการและระยะเวลาในการเรียนรู้ในแต่ละหัวข้อ และ 3) ประเมินกิจกรรม (Evaluate the activity) โดยการประเมินรูปแบบการเรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้เรียน⁷ และการสอวัดประเมินผล แสดงให้เห็นว่า ทั้ง 3 กระบวนการมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้เรียน และผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้ดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Boyd¹³ เรื่อง การวางแผนสืบทอดตำแหน่งผู้จัดการทางการพยาบาล ซึ่งการดำเนินการตามโครงการพัฒนาผู้จัดการพยาบาลหรือผู้บริหารทางการพยาบาล จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้จัดการพยาบาล และส่งเสริมให้เกิดผู้นำที่มีศักยภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chandler¹⁴ เรื่อง การพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนา

คุณภาพของผู้บริหารพยาบาลในกรมราชทัณฑ์ ซึ่งพบว่า ผลที่เกิดขึ้นภายหลังการพัฒนาสมรรถนะด้านการพัฒนา คุณภาพมีระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และมีข้อค้นพบว่าโครงการนี้ไม่เพียงแต่ เปิดโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ แต่ยังก่อให้เกิด การสร้างเครือข่าย ได้รับฟังความคิดเห็นของกันและกัน และมีโอกาสซักถามและแลกเปลี่ยนแนวคิดในหัวข้อ ที่ซับซ้อนซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพในอนาคต

ผลการประเมินรูปแบบการเรียนรู้^๖ สะท้อน ให้เห็นถึงประโยชน์และความต้องการในการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง โดย 1) ด้านเนื้อหา พบว่ามีประโยชน์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง และเสนอให้มีการ สร้างสื่อการเรียนรู้ที่จะทำให้สามารถทบทวนซ้ำ ซึ่งแสดงถึงความต้องการการเรียนรู้ และสื่อการเรียนรู้ ที่หลากหลายและต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทาง การจัดการเรียนเชิงรุกให้ประสบความสำเร็จ ซึ่งต้องมีการ เลือกกิจกรรม มีการใช้เครื่องมือหรือสื่อในการเรียน และฝึกทักษะสำคัญในการใช้งานประสบความสำเร็จ รวมทั้งพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกในการเรียน โดยพิจารณาจากสิ่งที่จะเรียนในหลักสูตร^๗ การเพิ่ม กลยุทธ์การเรียนรู้เชิงรุกจะช่วยให้การบรรยายมี ประสิทธิภาพมากขึ้นสำหรับการเรียนรู้ กิจกรรมเหล่านี้ ช่วยให้เกิดการตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาล่าสุด ฝึกฝนทักษะ หรือเน้นย้ำถึงช่องว่างในความรู้ของผู้เรียน ก่อนที่จะให้คำอธิบาย^{๑๕} 2) ด้านเวลาและการจัดการเรียนรู้ พบว่า ผู้เรียนบางส่วนกังวลเกี่ยวกับเวลาในการเรียน และเสนอให้มีการจัดการอบรมระยะสั้นนอกสถานที่ เพื่อให้มีสมาธิในการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ หลักการสำคัญของการเรียนรู้เชิงรุก ในประเด็นควร ให้เวลาผู้เรียนในการเรียนรู้ ควรจัดบรรยากาศการเรียนรู้ ที่มีทางเลือกหลากหลาย รวมไปถึงควรจัดสภาพแวดล้อม การเรียนที่มีความแตกต่างกัน ที่เอื้อเป็นประโยชน์ต่อ

การสร้างความรู้^๗ นอกจากนี้ ผู้เรียนต้องการให้มีการ ติดตามและให้ความรู้เพิ่มเติม รวมถึงการจัดตั้ง กลุ่มการเรียนรู้ต่อเนื่อง ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของการ เรียนรู้ การติดตามและการสนับสนุนหลังการอบรม สอดคล้องกับประโยชน์ของการเรียนรู้เชิงรุกซึ่งช่วย สร้างการเรียนรู้ตลอดชีวิตแก่ผู้เรียน^๗ สอดคล้องกับ แนวทางการดำเนินงานของสภาการพยาบาล ด้าน การพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้ โดยส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรอบรมที่มุ่งเน้น การเสริมสร้างภาวะผู้นำและทักษะการบริหารจัดการ ที่เหมาะสมกับพยาบาลในแต่ละระดับส่งเสริมการเรียนรู้ ตลอดชีวิต^๑

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยในเขตภาคเหนือตอนล่างเพียงแห่งเดียว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำรูปแบบการ เรียนรู้^๖ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทหรือตามความต้องการ และความคาดหวัง นโยบายของหน่วยงาน และสามารถนำรูปแบบการเรียนรู้^๖ไปพัฒนาต่อยอด โดยเชื่อมโยงกับสมรรถนะที่คาดหวังจากการศึกษาวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาสู่การจัดหลักสูตรที่มีความทันสมัย นำไปปฏิบัติได้ตรงกับความต้องการ ของหน่วยงานและวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ ต่อเนื่องโดยเฉพาะในส่วนของการบริหารการพยาบาล เฉพาะประเด็น เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนา คุณภาพในหน่วยงาน เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้บริหาร

ระดับต้นอย่างต่อเนื่อง ผ่านการปฏิบัติจริงและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน และมีการวิจัยเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเรียนรู้

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย กับสมรรถนะด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น

3. ควรมีการศึกษาผลของสมรรถนะที่เกี่ยวข้องของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น หลังผ่านรูปแบบการเรียนรู้

Declaration Statement

Conflict of Interest: No conflict of interest

Author Contribution: Pala, M: Conceptualization, Methodology, Formal analysis, Investigation, Writing – original draft, Writing – review & editing, Visualization, Project administration

AI Use Disclosure: The author used Google Gemini to improve language accuracy, translate text, and design images for the graphical abstract. Following the use of this tool, the author carefully reviewed and refined the content as necessary and assumes full responsibility for the final publication.

References

1. Sookchaya P. (Ed.). Nursing and midwifery strategic plan 2022 – 2026 [internet]. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2022. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/959> (in Thai)
2. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and healthcare standards 5th edition [Internet]. Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization); 2022. Available from: <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf> (in Thai)
3. Nursing Division, Naresuan University Hospital. Annual report for the fiscal year 2024. Phitsanulok: Faculty of Medicine, Naresuan University; 2024. (in Thai)
4. Nursing Division. Roles and functions of professional nurses. Nonthaburi: Suetawan Publishing House; 2018. Available from: https://www.don.go.th/?page_id=917 (in Thai)
5. Wirojwanich N, Kanthasorn T. The development of first line manager competency assessment scale, Naresuan University Hospital. Journal of Nursing and Health Research. 2022;23(1):67–79. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/download/253141/172583/976222> (in Thai)
6. Vyas M. Traditional learning: students insights. Journal of Pharmaceutical Negative Results. 2022;13(7):3986–95. Available from: <https://www.pnrjournal.com/index.php/home/article/view/5247/6221>
7. Sutthirat C, Sutthirat P. Active learning: concepts, methods, and techniques. Phitsanulok: Rattanasuwannakamphim 3 Printing; 2024. (in Thai)
8. Srisa-ard B. Basic research principles. 9th ed. Bangkok: Suriyasarn; 2011. (in Thai)
9. Buason R. Educational research and innovation development. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022. (in Thai)
10. Thailand Nursing and Midwifery Council. Competency of nurse executives. Nonthaburi: Sinthaweeakit Printing; 2025. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/1559> (in Thai)
11. Promethean Webpage. 12 active learning strategies in the classroom [Internet]. 2021 Jun 16 [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.prometheanworld.com/gb/resource-centre/blogs/12-active-learning-strategies-in-the-classroom/>

การพัฒนาแบบการเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ

12. Ratchapakdee P, Chamnankit P, Vonganusith V. The development blended learning model using collaborative and case-based learning to enhance learning achievement, problem solving, team learning skills and attitudes toward nursing profession of nursing student. Journal of Social Science and Cultural. 2023; 7(2):460-78. Available from: https://gsmis.snru.ac.th/e-thesis/thesis_detail?r=59632227104 (in Thai)
13. Boyd M. Front-line nurse manager succession planning: building and promoting strong nurse leaders through implementation of a nurse manager development program. Master of Science in Nursing Theses and Projects. Boiling Springs, NC: Gardner-Webb University; 2020 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing-msn/26/>
14. Chandler AL. Quality improvement competency development for correctional nursing leaders [Dissertation]. St. Louis: University of Missouri-Saint Louis; 2022 [cited 2024 Feb 12]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/4f6d7571ad0a0fa006cc7a3cfe791836/1?pq-origsite=g-scholar&cbl=18750&diss=y>
15. Center for Educational Innovation, University of Minnesota. Active learning [Internet]. [cited 2023 Nov 19]. Available from: <https://cei.umn.edu/teaching-resources/active-learning>

ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง¹

สิทธิพร ทองคร่ำ พย.ม (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล Ph.D. (Nursing)³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในเรือนจำและมีความชุกที่เพิ่มขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มผู้ต้องขังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับประชากรทั่วไปภายนอกเรือนจำ ส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ในขณะที่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำมีอยู่อย่างจำกัด ด้วยข้อจำกัดนี้การพึ่งพาศูนย์สุขภาพทางการแพทย์อย่างเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีจำนวนมากได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง กรมราชทัณฑ์จึงได้ดำเนินนโยบายในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผ่านการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เพื่อให้ผู้ผ่านการอบรมสามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานแก่ผู้ต้องขังด้วยกัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้สามารถดูแลตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อสรจ. จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรอบรม อสรจ. ในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ทักษะคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทของ อสรจ. ในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรม

การออกแบบวิจัย การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาหลักสูตรอบรม อสรจ. นี้ขึ้น ภายใต้ข้อกำหนดของเรือนจำ และประยุกต์ใช้แบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Model) ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรู้ผ่านประสบการณ์เดิม การสะท้อนความคิด และการสรุปความคิดรวบยอดนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ ร่วมกับการผสมผสานแนวทางการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ในปัจจุบันโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ หลักสูตรการอบรมนี้มีจำนวน 75 ชั่วโมง ประกอบด้วยภาคทฤษฎีจำนวน 15 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติจำนวน 60 ชั่วโมง มี 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมที่ 1 “ประสบการณ์สอนให้รู้” 2) กิจกรรมที่ 2 “สะท้อนรู้สู่ความเข้าใจ” 3) กิจกรรมที่ 3 “สรุปความคิด เพื่อชีวิตที่ดีกว่า” และ 4) กิจกรรมที่ 4 “ลงมือปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความเก่ง”

¹ได้รับการสนับสนุนจากโครงการการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับคนวัยแรงงานทุกช่วงวัย ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund: FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน.

²วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น E-mail: plukaw@kku.ac.th

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ต้องขังที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม อสรจ. ระหว่างปี พ.ศ.2563-2566 จำนวน 27 คน ในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ตามหน้าที่การปฏิบัติงานของ อสรจ. ในการให้บริการสุขภาพในแดนต่าง ๆ ของเรือนจำ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการอบรม คือ หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการสื่อสารด้านสุขภาพ (2) แบบประเมินทักษะ ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และ (3) แบบประเมินคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทของ อสรจ. ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คุณภาพของเครื่องมือทั้งสองชุดผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของหลักสูตรฯ เท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้ฯ แบบประเมินทักษะฯ และแบบประเมินคุณค่าฯ เท่ากับ .97 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ฯ ใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .76 แบบประเมินทักษะฯ และแบบประเมินคุณค่าฯ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบทีแบบคู่

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92.6) มีอายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 6.81) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 77.7) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในฐานะ อสรจ. พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.6) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล ผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพียงร้อยละ 37 และ อสรจ. ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาก่อนเข้าไปอยู่ในเรือนจำ (ร้อยละ 66.7) ภายหลัง การอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ (M = 17.85, SD = 1.40) สูงกว่าก่อนการอบรม (M = 13.48, SD = 2.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.034, p < .001$) คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะ ในการดูแล (M = 17.66, SD = 1.70) สูงกว่าก่อนการอบรม (M = 13.07, SD = 1.54) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.339, p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยด้านคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาท อสรจ. หลังการอบรม (M = 3.54, SD = 0.28) สูงกว่าก่อนการอบรม (M = 3.04, SD = 0.39) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = -5.105, p < .001$)

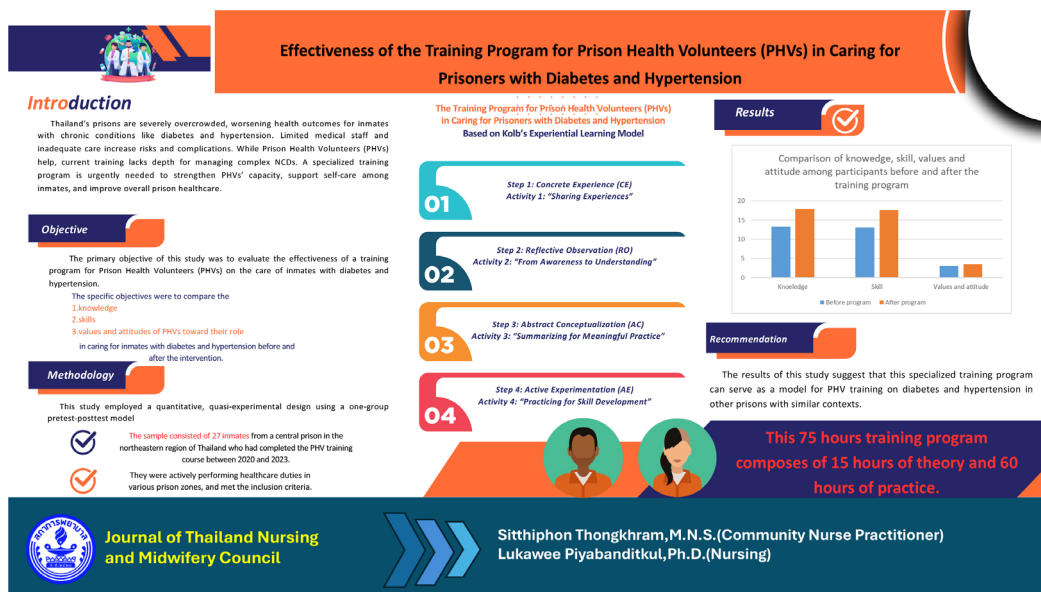
ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหลักสูตรนี้สามารถใช้เป็นต้นแบบในการอบรมอาสาสมัคร สาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ทั้งบทบาทเชิงรุกและการให้การสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะ ในเรือนจำที่มีบริบทและโครงสร้างใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ หลักสูตรอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้ต้องขัง วันที่ได้รับ 5 ส.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 ก.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ธ.ค. 68

Effectiveness of the Training Program for Prison Health Volunteers in Caring for Prisoners with Diabetes and Hypertension¹

Sitthiphon Thongkham, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)²

Lukawee Piyabanditkul, Ph.D. (Nursing)³



Extended Abstract

Introduction Non-communicable diseases (NCDs), particularly diabetes and hypertension, represent major health challenges within correctional facilities, with prevalence rates continuing to rise. The increasing incidence of NCDs among incarcerated populations mirrors the upward trend observed in the general population outside prisons, thereby intensifying the demand for healthcare services. However, the limited number of medical personnel available in correctional institutions poses significant constraints. Reliance solely on healthcare professionals is insufficient to ensure comprehensive and continuous care for the growing number of inmates affected by chronic conditions. To address this issue, the Department of Corrections has implemented a policy to strengthen the prison healthcare system through the training of Prison Health Volunteers (PHVs). These trained volunteers are equipped to assist health staff in providing basic healthcare services to fellow prisoners, particularly those living with diabetes and hypertension. Their role includes supporting self-care practices, promoting appropriate health behaviors, and reducing the risk of complications. Consequently, PHVs play a vital role in advancing sustainable health promotion within prisons, despite the limitations in healthcare resources.

¹This research was supported by The Development of Health Promotion for Prevention of Non-Communicable Disease for Working All Aged People, funded by the Fundamental Fund of Khon Kaen University from National Science, Research and Innovation Fund (NSRF), Thailand

²Thesis, Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand

³Corresponding author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province, Thailand; E-mail: plukaw@kku.ac.th

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

Objective This study aims to examine the effectiveness of the Prison Health Volunteer (PHV) training program in supporting the care of inmates with diabetes and hypertension. The specific objective is to compare participants' disease-related knowledge, skills, values and attitudes toward the role of PHVs in caring for prisoners with diabetes and hypertension, both before and after the training program.

Design This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The researchers developed a training curriculum for Prison Health Volunteers (PHVs) in accordance with correctional facility regulations. The curriculum was grounded in Kolb's experiential learning model, which emphasizes knowledge construction through prior experience, reflective observation, conceptualization, and application. In addition, the program integrated and adapted elements from the existing Village Health Volunteer (VHVs) training framework to suit the prison context. The training program comprised a total of 75 hours, including 15 hours of theoretical instruction and 60 hours of practical training. It was structured around four core activities: 1) Sharing Experience, 2) From Awareness to Understanding, 3) Summarizing for Meaningful Practice, and 4) Practicing for Skill Development.

Methodology The study sample consisted of 27 prisoners who completed the Prison Health Volunteer (PHV) training program between 2020 and 2023 at a correctional facility located in northeastern Thailand. The sample size was calculated using the G*Power software, and participants were selected through stratified random sampling based on their PHV responsibilities in providing healthcare services across different prison zones. Data collection was conducted between March and April 2025. Two sets of research instruments were employed: 1) A training instrument, specifically the PHV training curriculum for the care of inmates with diabetes and hypertension, and 2) Data collection instruments: (1) A knowledge assessment on diabetes, hypertension, and health communication, (2) A skills assessment for inmate care related to diabetes and hypertension, and (3) An evaluation of values and attitudes toward the PHV role in caring for prisoners with diabetes and hypertension. The quality of the instruments was examined by experts. The content validity index (CVI) of the training curriculum was 1.00, while the CVI for the knowledge, skills, and values/attitudes assessments was .97. Reliability testing indicated that the knowledge assessment had a Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) coefficient of .76, whereas the skills and values/attitudes assessments demonstrated Cronbach's alpha coefficients of .89 and .71, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

Results The majority of participants were male (92.6%), with a mean age of 35 years (SD = 6.81). Most had attained secondary-level education (77.7%). Regarding their experience as Prison Health Volunteers (PHVs), more than half had served for at least two years (55.6%). Only 37% had previously received training in the care of people with diabetes and hypertension, while the majority (66.7%) reported prior experience in caring for patients with these conditions before incarceration. After the training program, participants demonstrated statistically significantly higher scores across all measured domains. The mean knowledge score increased from 13.48 (SD = 2.20) before training to 17.85 (SD = 1.40) after training ($t = -9.034, p < .001$). Similarly, the mean skills score rose from 13.07 (SD = 1.54) to 17.66 (SD = 1.70) ($t = -10.339, p < .001$). In addition, the mean score for values and attitudes toward the PHV role increased from 3.04 (SD = 0.39) to 3.54 (SD = 0.28), with statistical significance ($t = -5.105, p < .001$).

Recommendation The findings indicate that this training program can serve as a model for developing Prison Health Volunteers (PHVs), enhancing their competencies in the care of prisoners with diabetes and hypertension. The program strengthens both proactive health promotion roles and supportive functions for medical personnel, particularly in correctional facilities with similar contexts and organizational structures.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 105-122

Keywords training program/ prison health volunteers/ diabetes mellitus/ hypertension/ prisoners

Received 5 August 2025, Revised 12 September 2025, Accepted 23 December 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เรือนจำในประเทศไทยเผชิญกับภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำมาเป็นเวลานาน โดยมีจำนวนผู้ต้องขังสูงเป็นอันดับสามของเอเชียและอันดับหนึ่งในอาเซียน จากข้อมูลวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้ต้องขังกว่า 294,867 คน¹ สภาพความแออัดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ต้องขัง ทำให้มีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง² ระบบบริการสุขภาพในเรือนจำไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนหลายมิติ โดยมีสาเหตุหลักจากภาระงานที่หนักและการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์³ งบประมาณและทรัพยากรที่จำกัด⁴ แม้จะมีขั้นตอนการให้บริการที่เร่งรัด แต่การขาดแคลนบุคลากรยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเรือนจำบางแห่งมีพยาบาลประจำการเพียง 1-2 คน เท่านั้นและศักยภาพของสถานพยาบาลในเรือนจำมีจำกัด ไม่สามารถให้ผู้ป่วยพักค้างคืนได้ ขณะที่สถานพยาบาลขนาดกลางที่มีพยาบาล 2-4 คน สามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียง 10-30 เตียง^{5,6} แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและกรมราชทัณฑ์จะมีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังให้สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ที่เน้นย้ำถึงการจัดการบริการและการฝึกอบรมบุคลากรด้านสุขภาพในเรือนจำ⁷ แต่ในทางปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ทำให้การให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขังยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ²

จากรายงานผู้ต้องขังที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของโปรแกรม

ระบบฐานข้อมูลสถานีนอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ (Java Health Center Information System, JHCIS) ในปี พ.ศ. 2565 พบโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 272 คน โรคเบาหวาน จำนวน 68 คน และปี พ.ศ. 2566 พบโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 328 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.58 และโรคเบาหวาน จำนวน 80 คน มีจำนวนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17.64 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น⁸ และจากการรายงานข้อมูลของ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2566 มีผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี ร้อยละ 57.18 ผู้เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ร้อยละ 88.98^{9,10} รวมทั้งมีผู้ต้องขังที่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน¹¹ การสัมภาษณ์ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำนวน 10 คนอย่างไม่เป็นทางการโดยผู้วิจัย ในช่วงเดือน มกราคม ปี พ.ศ. 2567 พบว่า สาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้มาจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจากการบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและโซเดียมสูง การขาดกิจกรรมทางกาย เนื่องจากพื้นที่จำกัดและความแออัด และขาดความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง สำหรับการสัมภาษณ์อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ต้องขังจำนวน 5 คน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถอธิบายอาการหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม ได้ร่วมกันดำเนินโครงการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) โดยพัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2561 เพื่อใช้เป็นหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรมผู้ต้องขังให้มีความรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลตัวเองและ

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

คนในเรือนจำได้ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2563 เป็นหลักสูตรล่าสุดเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขัง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาทั่วไปกำหนดวิชาที่ฝึกอบรมไว้จำนวน 25 ชั่วโมง ประกอบด้วย 8 หมวดวิชา ได้แก่ 1) ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพ 3) การปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน 4) การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช และผู้ใช้สารเสพติด 5) การสื่อสารและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 6) การดูแลสุขภาพพื้นฐานในผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้พิการ 7) อนามัยแม่และเด็กเบื้องต้น และ 8) การบริหารจัดการตามบริบทพื้นที่¹² ซึ่งช่วยให้ผู้ต้องขังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานได้¹³ เมื่อ อสรจ. ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรแล้ว จะได้รับมอบหมายงานที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังภายใต้การควบคุมกำกับดูแลของพยาบาลเรือนจำในพื้นที่ปฏิบัติงานหลัก คือ แตนและเรือนนอน โดยครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น การให้บริการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อ เป็นต้น อย่างไรก็ตามหลักสูตรการฝึกอบรมยังมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ ขาดเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการดูแลผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับหลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับพื้นฐาน) ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ซึ่งเน้นการสอนความรู้ และทักษะระดับพื้นฐานที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เช่น การวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนักและประเมินดัชนีมวลกาย การตรวจน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เป็นต้น

แบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Experiential Learning Model: Kolb's Model) เป็นแบบจำลองที่มีการนำมาประยุกต์ใช้ในมิติของการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete Experience) 2) การสังเกตและการสะท้อนความคิด (Reflective Observation) 3) การสรุปเป็นหลักการและนามธรรม (Abstract Conceptualization) และ 4) การทดลองและปฏิบัติจริง (Active Experimentation)^{15,16} จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ใช้แบบจำลองฯ ในการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง^{17, 18} การพัฒนาทักษะเฉพาะทาง เช่น การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกผ่านกระบวนการกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้¹⁹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์^{15,16} รวมทั้งหลักสูตรมาตรฐานอสม. พ.ศ. 2550²⁰ และหลักสูตรการเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ระดับพื้นฐาน) ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁴ รวมถึงหลักสูตรฝึกอบรม อสรจ. ปี พ.ศ. 2563¹² มาประยุกต์และพัฒนา “หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง” เพื่อให้ อสรจ. มีความรู้ ทักษะสามารถเสริมสร้างคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทของ อสรจ. นอกจากนี้ยังสามารถลดภาระงาน และแก้ปัญหาการขาดแคลนของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมีระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำที่มี

ประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลและปัญหาด้านสุขภาพของผู้ต้องขังในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหลักสูตรอบรม อสรจ. ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ คุณค่าและทัศนคติต่อบทบาท ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ อสรจ. ก่อนและหลังการอบรม

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทักษะ คุณค่าและทัศนคติต่อบทบาท ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของ อสรจ. ภายหลังเข้ารับการอบรมมากกว่าก่อนเข้ารับการอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ นำแบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Model) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรอบรม อสรจ. ในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสามารถอธิบายขั้นตอนการเรียนรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน สรุปได้ดังนี้ 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience, CE) มุ่งเน้นให้ อสรจ. ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และสะท้อนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง 2) การสังเกตและการสะท้อนความคิด (Reflective Observation, RO) เป็นการทบทวน วิเคราะห์ย้อนกลับจากประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย และความรู้เรื่องโรค ทักษะ การประเมินสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ต้องขังโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง 3) การสรุปเป็นหลักการและนามธรรม (Abstract Conceptualization, AC) เป็นการสรุปแนวทางและวิธีการหรือกระบวนการดูแลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทเรือนจำ และ 4) การทดลองและปฏิบัติจริง (Active Experimentation, AE) เป็นการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง โดยผู้เข้าอบรมได้ให้การดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงตามบทบาท อสรจ.

นอกจากนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ คุณค่าและทัศนคติ (Knowledge, Skill, Value, Attitude, KSVA) ของวิจารณ์ พานิช²¹ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ คุณค่า และทัศนคติ มาใช้เป็นกรอบในการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้และการประเมินผลการอบรม เพื่อให้การพัฒนาครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ (knowledge regarding diabetes mellitus and hypertension) การฝึกฝนความสามารถเชิงปฏิบัติ (skills in caring for prisoners diagnosed with diabetes mellitus and hypertension) การปลูกฝังค่านิยมที่เหมาะสม และการสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการทำงาน และการเรียนรู้ (values and positive attitudes toward the roles and responsibilities of prison health volunteers) (Figure 1)

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

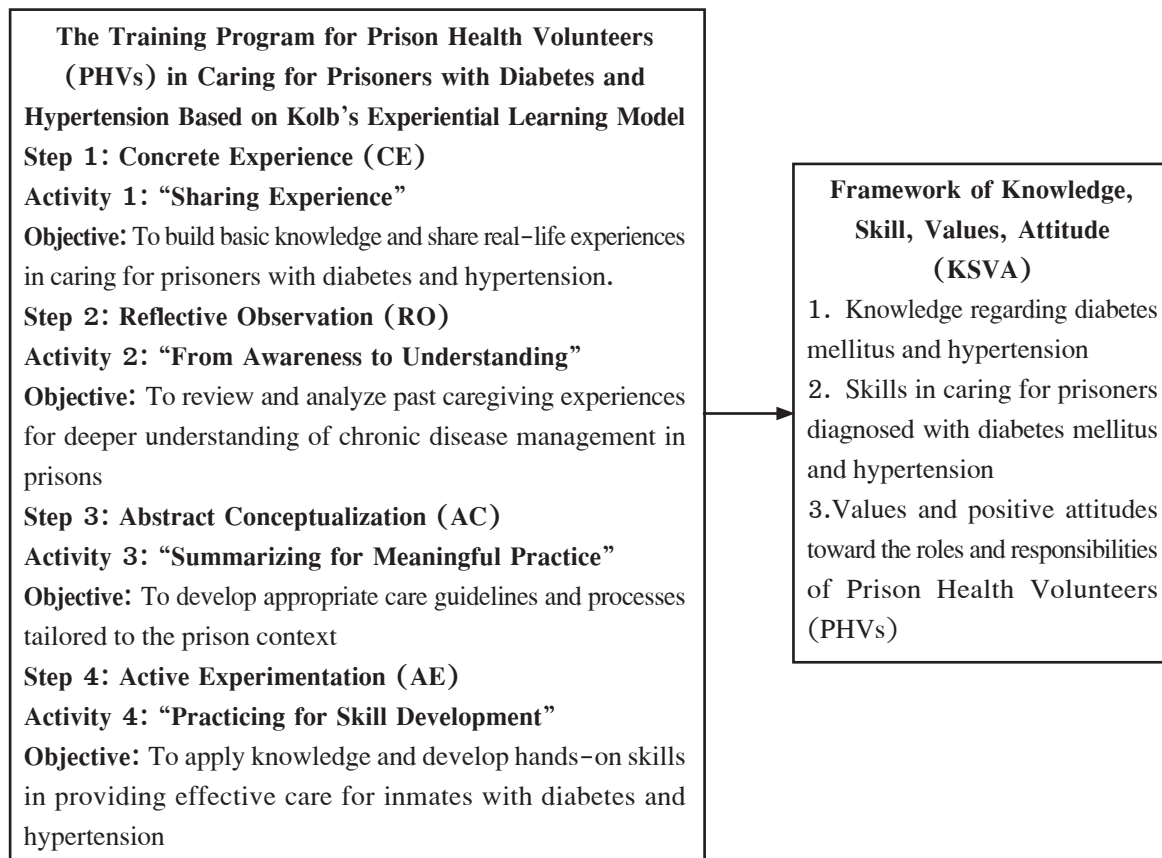


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental design with one-group pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องขังที่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรม อสรจ. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังประจำแดนต่างๆ ของเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 70 คน โดยเรือนจำมีลักษณะเป็นแดนเปิด แยกคอกขังระหว่างผู้ต้องขังชายและผู้ต้องขังหญิงอย่างชัดเจน อำนาจการคุมขังโทษไม่เกิน 30 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังที่ผ่านการอบรม

หลักสูตรฝึกอบรม อสรจ. ในปี พ.ศ. 2563-2566 ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในแดนต่างๆ จำนวน 27 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ศาลตัดสินคดีถึงที่สุดแล้ว 3) มีความประพฤติอยู่ในขั้นดีหรือชั้นกลาง เหลือโทษตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 30 ปี 4) ปฏิบัติงานในบทบาทของ อสรจ. ในการดูแลสุขภาพของผู้ต้องขังในแดนการควบคุมต่างๆ เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน 5) ไม่อยู่ในระหว่างเข้าร่วมหลักสูตรใด ๆ 6) เข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ 7) สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือจบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป เกณฑ์

ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีอาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้ออันเป็นอุปสรรคต่อการอบรมและแพร่กระจายเชื้อได้ เช่น โรคโควิด-19 โรคฉี่หนูโรคในกระเพาะอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคตาแดง 2) เจ็บป่วยหรือได้รับการบาดเจ็บจนเป็นอุปสรรคและเกณฑ์ถอนตัวของอาสาสมัคร (Withdrawal criteria) คือ 1) การพ้นโทษจากกรณีต่าง ๆ ระหว่างทำการอบรม 2) การย้ายผู้ต้องขังตามที่กรมราชทัณฑ์กำหนดประเภทย้ายผู้ต้องขังไว้ และ 3) ขอลถอนตัวในระหว่างดำเนินกิจกรรม

กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.7²² โดยอ้างอิงงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี²³ เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ อสรจ. ภายในเรือนจำยังมีจำนวนค่อนข้างจำกัด และพบข้อจำกัดด้านข้อมูลและการเข้าถึงบริบทของการทำงานจริงในเรือนจำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ อสม. ซึ่งมีลักษณะของบทบาทหน้าที่คล้ายคลึงกันมาเป็นข้อมูลอ้างอิง เพื่อใช้ในการประมาณค่าอิทธิพล (Effect Size) ซึ่งเท่ากับ 0.568 โดยกำหนดการทดสอบด้วยสถิติ t-test สำหรับกลุ่มที่สัมพันธ์กัน กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และกำลังของการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 21 คน แต่เนื่องจากอาจมีการพ้นโทษของผู้ต้องขังในกรณีต่าง ๆ เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จากการพ้นโทษหรือปัจจัยอื่น ๆ จึงได้เผื่อการสูญหายไว้ร้อยละ 30²⁴ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 27 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็นชั้น (Stratum) ตามแผนการปฏิบัติงานของ อสรจ. จากนั้น

ทำการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) โดยสุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นตามสัดส่วนของ อสรจ. ในแดนต่าง ๆ คือ 1) แดนพยาบาล จำนวน 14 คน 2) แดน 1 จำนวน 4 คน 3) แดน 3 จำนวน 4 คน 4) แดนฝึกวิชาชีพ จำนวน 3 คน และ 5) แดนหญิง จำนวน 2 คน

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการอบรม

1.1 หลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้ข้อกำหนดของเรือนจำ และประยุกต์ใช้แบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's Model) ในการพัฒนาหลักสูตรฯ ใช้เวลาในการอบรม 75 ชั่วโมง ภายใน 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) ภาคทฤษฎี (15 ชั่วโมง) มี 4 รายวิชา ได้แก่ วิชาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง วิชาการประเมินภาวะสุขภาพ วิชาการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และวิชาการสื่อสารด้านสุขภาพ และ 2) ภาคปฏิบัติ (60 ชั่วโมง) มี 1 รายวิชา คือ วิชาปฏิบัติการการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมในหลักสูตรฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยกิจกรรมที่ 1-3 เป็นกิจกรรมภาคทฤษฎี และกิจกรรมที่ 4 เป็นกิจกรรมภาคปฏิบัติ ดังนี้ 1) กิจกรรมที่ 1 “ประสบการณ์สอนให้รู้” (2 ชั่วโมง) 2) กิจกรรมที่ 2 “สะท้อนรู้สู่ความเข้าใจ” (10 ชั่วโมง) 3) กิจกรรมที่ 3 “สรุปความคิด เพื่อชีวิตที่ดีกว่า” (3 ชั่วโมง) และ 4) กิจกรรมที่ 4 “ลงมือปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความเก่ง” (60 ชั่วโมง)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา แดน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน หน้าที่ อสร. ประสพการณ์ในการอบรมการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประสพการณ์ในการดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

2) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และการสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ 2) การประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) การดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5 ข้อ และ 4) การสื่อสารด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งคะแนนระดับความรู้โดยใช้การวัดแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom²⁵ การแปลผลแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป (≥ 16 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) และระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

3) แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) ดังนี้ ทำได้ให้ 2 คะแนน ทำได้บ้างให้ 1 คะแนน และทำไม่ได้ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับของทักษะ โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์²⁶ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ยของทักษะ แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 17-20 คะแนน) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 13-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 9-12 คะแนน) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 5-8 คะแนน) และระดับน้อยมาก (คะแนนเฉลี่ย 0-4 คะแนน)

4) แบบประเมินคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) โดยใช้เกณฑ์คะแนนตามกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์²⁶ เกณฑ์การแปลผลใช้ช่วงคะแนนเฉลี่ยมี 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 0-1.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชกรรมสังคม 2 ท่าน ผู้อำนวยการส่วนสถานพยาบาลในเรือนจำ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงด้านเนื้อหาของหลักสูตร (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามรายข้อทั้งหมด (I-CVI) เท่ากับ .97

2. การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม อสร. ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในทัศนสถานอีกแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .76 แบบประเมินทักษะ และแบบประเมินคุณค่าและทัศนคติ คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .89 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE672230 เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2567 ระยะเวลารับรอง 1 ปี และผู้วิจัยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทุกกระบวนการของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกจัดเก็บไว้อย่างปลอดภัยเป็นระยะเวลา 5 ปี หลังสิ้นสุดโครงการ จากนั้นจะดำเนินการทำลายข้อมูลอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล และภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ต้องขัง) และประโยชน์ ความเสี่ยงของการวิจัย เป็นไปตามหลักจริยธรรมสากลและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยต่ออธิบดีกรมราชทัณฑ์ และยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอถึงผู้บัญชาการเรือนจำ เพื่อขอเข้าพื้นที่วิจัยและชี้แจงรายละเอียดโครงการ ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยกับผู้ต้องขังตามขั้นตอนที่ได้รับอนุญาต

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มตัวอย่างตามวิธีที่กำหนดไว้ โดยจัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยรายละเอียดโครงการ วัตถุประสงค์ กิจกรรม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งผู้วิจัยรับสมัคร อสรจ. ที่ไม่ได้เป็นอาสาสมัครของงานวิจัยด้วยความสมัครใจ จำนวน 5 คน เป็นผู้ประสานงาน โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลรายละเอียดต่างๆ

ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยแก่ผู้ประสานงานจนมีความเข้าใจอย่างชัดเจน จากนั้นผู้วิจัยจัดเตรียมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว ความเสี่ยงและผลประโยชน์ การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูล ช่องทางการติดต่อสอบถาม และเอกสารแสดงความยินยอม พร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้ประสานงานเป็นผู้ชี้แจง โดยผู้วิจัยไม่อยู่ในระหว่างการอธิบาย ในการขอความยินยอมกระทำโดยผู้ที่ไม่มีส่วนได้เสีย และไม่มีอำนาจเหนือกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นระยะเวลา 3 วัน

2. ขั้นตอนดำเนินการ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลก่อนการอบรม ในวันแรกของการจัดกิจกรรม และเก็บข้อมูลหลังการอบรม ในวันสุดท้ายของการดำเนินกิจกรรม โดยให้ อสรจ. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหย่อนแบบสอบถามลงในกล่องที่ปิดทึบที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience, CE)

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “ประสบการณ์สอนให้รู้” (เวลา 2 ชั่วโมง) อสรจ. ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อารมณ์ความรู้สึก ความคิด และทัศนคติจากสถานการณ์จริงที่เคยให้การดูแล ให้คำแนะนำ ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม เพื่อเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จัดกิจกรรมโดยผู้วิจัย ภายในห้องประชุมในเรือนจำ และมีเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ควบคุมดูแลตลอดการจัดกิจกรรมให้เป็นไปตามระเบียบเรือนจำ

ขั้นตอนที่ 2 การสังเกตและการสะท้อน ความคิด (Reflective Observation, RO)

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “สะท้อนรู้สู่ความเข้าใจ” (เวลา 10 ชั่วโมง) อสรจ. ได้เรียนรู้ผ่านการทบทวนประสบการณ์เดิม โดยมีการสังเกต พิจารณา และไตร่ตรองร่วมกับผู้วิจัยซึ่งช่วยชี้แจงและเติมเต็มความรู้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น มีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 4 วัน ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 รายวิชา โดยวันที่ 1 วิชาความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (2 ชั่วโมง) ผู้วิจัยกำหนดโจทย์หรือประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรค โดยการใช้ผล Pre-Test เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลในการให้ความรู้ที่ครอบคลุม จากนั้นให้แต่ละกลุ่มย่อย ออกมานำเสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้ที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยน และให้ความรู้เพิ่มผ่านการบรรยายอย่างมีส่วนร่วม วันที่ 2 วิชาการประเมินภาวะสุขภาพ (3 ชั่วโมง) ผู้วิจัยบรรยาย สาธิต และให้อสรจ. ฝึกปฏิบัติการคัดกรองสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งกำหนดให้อสรจ. จับคู่ในการสาธิตการย้อนกลับ วันที่ 3 วิชาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (3 ชั่วโมง) ให้แต่ละกลุ่มร่วมวิเคราะห์กรณีศึกษาที่เกิดขึ้นจริง โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น 5 กลุ่ม ผู้วิจัยบรรยาย สาธิต และการทดลองฝึกปฏิบัติ ร่วมสะท้อนคิด อภิปราย การดูแลสุขภาพ ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ วันที่ 4 วิชาการสื่อสารด้านสุขภาพ (2 ชั่วโมง) ให้อสรจ. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยใช้ในการสื่อสารสุขภาพกับผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์จำนวน 5 คน ผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารด้านสุขภาพ และสะท้อนประสบการณ์ เพื่อพัฒนาความเข้าใจเชิงลึกจากประสบการณ์ที่ได้รับและความรู้ที่มีอยู่เดิม

ขั้นตอนที่ 3 การสรุปเป็นหลักการและนามธรรม (Abstract Conceptualization, AC)

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “สรุปความคิดเพื่อชีวิตที่ดีกว่า” (เวลา 3 ชั่วโมง) อสรจ. ทบทวนความรู้และวิเคราะห์กรณีศึกษาจริงจากเรือนจำจำนวน 4 กรณีศึกษา แบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม จากนั้นให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ปัญหา เพื่อค้นหาวิธีในการดูแลกรณีตัวอย่างให้ถูกต้องเหมาะสม โดยเน้นพฤติกรรมเสี่ยงและแนวทางการดูแลที่เหมาะสม ร่วมกันสรุปความคิดผ่านการจัดทำแผนภาพความคิด (Mind Map) เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริง เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่ถูกต้องตามบริบทเรือนจำ

ขั้นตอนที่ 4 การอบรมและปฏิบัติจริง (Active Experimentation, AE)

สัปดาห์ที่ 4-7 กิจกรรมที่ 4 “ลงมือปฏิบัติเพื่อพัฒนาความเก่ง” ในรายวิชาปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ภาคปฏิบัติ 60 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติวันละ 3 ชั่วโมง ระยะเวลา 4 สัปดาห์) โดยกำหนดให้อสรจ. 2 คน ฝึกปฏิบัติดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง 1 คน (2:1) โดยให้นำความรู้ ความเข้าใจ ไปทดลองใช้ในการดูแลด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วย 2) การคัดกรองสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน 3) การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 4) การสื่อสารด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย และจัดบันทึกการทำกิจกรรมในสมุดบันทึกการฝึกประสบการณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ผู้วิจัยติดตาม สังเกตการฝึกปฏิบัติงาน พร้อมนัดหมาย อสรจ. นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติจากการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยหลังจากการฝึกปฏิบัติทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ และ อสรจ. มีส่วนร่วมในการประเมินทักษะตนเอง รวมถึงร่วมหาแนวทางจัดการปัญหา อุปสรรคที่พบระหว่างการฝึกปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS version 29 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้วยสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ ทักษะ คุณค่า และทัศนคติต่อบทบาทของ อสจร. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ คุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทของ อสจร. ก่อน และหลังการอบรม โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) จึงใช้สถิติการทดสอบที่แบบคู่ (Paired Sample t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92.6) มีอายุอยู่ในช่วง 26-55 ปี อายุเฉลี่ย 35 ปี (SD = 6.81) ร้อยละ 92.6 และส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ

81.5) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 77.7) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในฐานะ อสจร. พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ 2 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.6) มีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพียงร้อยละ 37 อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาก่อนเข้าไปอยู่ในเรือนจำ (ร้อยละ 66.7)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการอบรม (M = 17.85, SD = 1.40) สูงกว่า ก่อนการอบรม (M = 13.48, SD = 2.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 1)

Table 1 Comparisons of knowledge among participants before and after the training program using Paired t-test (n = 27)

Knowledge	Before				After				t	df	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
High	4	14.81			26	96.30					
Moderate	17	62.96	13.48	2.20	1	3.70	17.85	1.40	-9.034	26	<.001
Low	6	22.22			0	0					
Min-Max			10-19				15-20				

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะในการดูแลโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะ

ในการดูแลหลังการอบรม (M = 17.66, SD = 1.70) สูงกว่าก่อนการอบรม (M = 13.07, SD = 1.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 2)

Table 2 Comparisons of skill among participants before and after the training program using Paired t-test (n = 27)

Skill	Before				After				t	df	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
Excellent	0	0			19	70.40					
Good	15	55.56			8	29.60					
Moderate	12	44.44	13.07	1.54	0	0	17.66	1.70	-10.339	26	<.001
Low	0	0			0	0					
Very Low	0	0			0	0					
Min-Max			10-16				14-20				

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณค่าและทัศนคติ
ต่อบทบาทในการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงของ อสรจ. ก่อนและหลัง
การอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณค่าและทัศนคติ

ต่อบทบาทหลังการอบรม ($M = 3.54$, $SD = 0.28$)
สูงกว่าก่อนการอบรม ($M = 3.04$, $SD = 0.39$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Table 3)

Table 3 Comparisons of values and attitudes toward roles among participants before and after the training program using Paired t-test ($n = 27$)

Values and Attitudes Toward the Role	Before				After				t	df	p
	n	%	M	SD	n	%	M	SD			
High	22	81.48			27	100					
Moderate	5	18.52	3.04	0.39	0	0	3.54	0.28	-5.105	26	<.001
Low	0	0			0	0					
Min-Max	2.38-3.75				3.00-4.00						

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะ คุณค่า
และทัศนคติต่อบทบาทในการดูแลผู้ต้องขังที่เป็น
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ของ อสรจ.
ภายหลังเข้ารับการอบรมดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ
ก่อนเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรฯ เป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าหลักสูตรฯ มีจุดเด่น
ของเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การประเมิน
ภาวะสุขภาพ การดูแลผู้เป็นโรคเบาหวานและ
โรคความดันโลหิตสูง และการสื่อสารด้านสุขภาพ
ที่เหมาะสมกับบริบทของเรือนจำ นำไปสู่การปฏิบัติ
ได้ดีขึ้น ทั้งด้านความรู้ของ อสรจ. เพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติหลังการอบรม ($p < .001$) สะท้อนถึง
ความเหมาะสมของเนื้อหาและวิธีการเรียนรู้ที่ประยุกต์ใช้
แบบจำลองการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ
(Kolb's Model) ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้ใหม่
กับประสบการณ์เดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁷

นอกจากนี้ ผลการประเมินก่อนอบรม (Pre-test)
ถูกนำมาใช้ในการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับพื้นฐาน
ของผู้เข้าอบรม ส่งผลให้เกิดความสนใจและความเข้าใจ
ในเนื้อหาเพิ่มขึ้น รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มี

วุฒิการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รวมทั้ง
ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการดูแล
ผู้เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตก่อนเข้า
เรือนจำ ส่งผลให้สามารถรับรู้และประมวลผลความรู้ใหม่
ได้ดีขึ้น อีกทั้งด้านทักษะของ อสรจ. เพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจาก กิจกรรม
การเรียนรู้ในหลักสูตรฯ มีภาคปฏิบัติที่เปิดโอกาสให้
ผู้เข้าอบรมได้ฝึกปฏิบัติจริง และมีการแลกเปลี่ยน
สะท้อนคิดร่วมกันในสถานการณ์จำลองที่ใกล้เคียง
กับสถานการณ์จริงในเรือนจำ ซึ่งเป็นไปตามแบบจำลอง
การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบที่เน้นการเรียนรู้
จากการลงมือทำและสะท้อนคิด²⁷ ทักษะที่เกิดขึ้นยัง
สะท้อนตามกระบวนการพัฒนาทักษะ 3 ขั้นตอนของ
Fitts & Posner คือ การทำความเข้าใจ ฝึกฝนซ้ำ และ
เกิดความชำนาญ²⁸ ประสบการณ์ตรงของ อสรจ.
ในแผนพยาบาล และการคัดเลือกผู้เข้าอบรมที่มี
คุณสมบัติเหมาะสม ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุน
การพัฒนาทักษะที่มีประสิทธิผล สำหรับด้านคุณค่า
และทัศนคติของ อสรจ. ต่อบทบาทของตนพบว่า เพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นถึง
การตระหนักรู้ในบทบาทและหน้าที่ผ่านกิจกรรมที่

ส่งเสริมการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการปฏิบัติจริง โดยความรู้ที่ได้รับถือเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะ และต่อยอดเป็นทัศนคติที่ดีต่อบทบาทของตน^{17,24} การพัฒนาในลักษณะนี้สอดคล้องกับแนวคิด Knowledge, Skill, Value, Attitude, (KSVA) ที่อธิบายว่าความรู้ ทักษะ คุณค่า และทัศนคติ เป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมกันและเป็นหัวใจของการเรียนรู้ อย่างยั่งยืน²¹ อสรจ. ที่มีทัศนคติเชิงบวกและเห็นคุณค่าในบทบาทของตนเอง จะมีแรงจูงใจภายในในการปฏิบัติงาน และพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาศักยภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม จากการฝึกปฏิบัติ พบประเด็นที่ อสรจ. นำมาแลกเปลี่ยนสะท้อนคิด คือ ปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และคำแนะนำระหว่าง อสรจ. กับผู้ป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการสื่อสารด้านสุขภาพมีความซับซ้อน จากทั้งตัวผู้ต้องชั่งที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และข้อจำกัดต่างๆ ของระบบในเรือนจำ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกลุ่มเดียว ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงอาจไม่สามารถสรุปผลการวิจัยได้อย่างแน่ชัดว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากหลักสูตรอบรมเพียงอย่างเดียว

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลเรือนจำสามารถนำหลักสูตรฯ ไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม โดยเพิ่มกิจกรรมการอบรมให้มีภาคปฏิบัติที่มากขึ้น เช่น เพิ่มกิจกรรมจำลองสถานการณ์ หรือให้มีการทดสอบภาคปฏิบัติจริงร่วมกับพยาบาลเรือนจำ รวมทั้งในการจัดการอบรมควรมีการวางแผน และบริหารจัดการเวลาให้สอดคล้องกับกิจกรรมภายในเรือนจำอย่างยืดหยุ่น และอาจเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วม

อบรม โดยการมอบประกาศนียบัตร เพื่อใช้ประกอบการเลื่อนชั้นหรือพักโทษของผู้ต้องชั่ง นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำหลักสูตรนี้ไปเป็นหลักสูตรอบรมเพิ่มเติม ในหลักสูตรอบรมหลักของ อสรจ. และพัฒนาฐานข้อมูล อสรจ. ที่ผ่านการอบรม เพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาปรับเปลี่ยนเนื้อหาหลักสูตร ให้ครอบคลุมทักษะการสื่อสารและการสร้างแรงจูงใจที่เน้นวิธีการสื่อสารอย่างเข้าใจและสอดคล้องกับบริบทของเรือนจำ และควรจัดการอบรม อสรจ. เพื่อเป็นแกนนำในรุ่นถัดไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้สามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากการอบรมจริง โดยเฉพาะในบริบทที่อาจมีปัจจัยภายนอกส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ต้องชั่ง และควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลที่เกิดขึ้น รวมถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ต้องชั่งที่อยู่ภายใต้การดูแลของ อสรจ.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก โครงการ การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับคนวัยแรงงานทุกช่วงวัย ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจาก ทุนสนับสนุนมูลฐาน (Fundamental Fund, FF) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น จากกองทุนส่งเสริม ววน.

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของเรือนจำที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) และ ผู้ต้องชั่งทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

**ประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: **Sitthiphon Thongkhram**, Conceptualization, Methodology, Data curation, Draft the manuscript, Manuscript revision; **Lukawee Piyabanditkul**, Conceptualization, Methodology, Data curation, Supervision, Review and Editing, Project administration, Writing – review & editing;

AI Use Disclosure: The authors declare that ChatGPT and Gemini were used only for proofreading, editing, and translating the words.

References

1. Department of Corrections, Ministry of Justice. Report on statistics of prisoners nationwide as of July 1, 2024. Available from: http://www.correct.go.th/rt103pdf/report_result.php?date=2024-07-01&report= (in Thai)
2. Department of Corrections, Ministry of Justice. NCDs Report 2024. 2024. Available from: https://drive.google.com/file/d/1kVTiiHP_EaEvtlFsnPCYBJ-5QlhHi58S1/view?usp=sharing (in Thai)
3. Panjapiyakul P, Naksuk W , editors. Guidelines for the development of public health services for prisoners (revised edition). Samutprakarn: Born to be; 2021. Available from: <https://share.google/3cM2ljboMpTwLzm7O> (in Thai)
4. Jumparwai S, Nukat U. The health problems and health care needs of prisoners in Khon Kean Correctional Institution for drug addicts Muang Distric Khon kaen Province. Journal of Heath Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2021;7(1):18–31. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/252501/171499> (in Thai)
5. Inkaew T, Rithpho P, Buakhai P. Effects of an empowerment program on the knowledge, empowerment perception and first aid and basic screening of disease abilities among prison health voluntee. Journal of Public Health Nursing. 2019;33(1), 107–19. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/241765/164418> (in Thai)
6. Jintakanond J. Potential of prison health care facilities and the need to develop the public health service system of prison health care facilities. Paper presented at: Workshop to develop the potential of prison staff in promoting health and environmental sanitation in prisons; 2024 Dec 23–24; Bangkok, Thailand. Available from: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2018/08/%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%97%E0%B8%B1%E0%B8%93%E0%B8%91%E0%B9%8C.pdf> (in Thai)
7. Enggist S, Møller L, Galea G, Udesen C, editors. Prisons and health. Copenhagen: The Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2014. Available from: <https://share.google/FyZAm8F-GzgPOX5BzY>
8. Sub-district health promotion hospital and community health center work system; Data on inmates registered for diabetes and hypertension treatment in a prison in the Northeastern region, 2022–2023 ; Internal database. Java Health Center Information System (JHCIS).
9. Medical and health information warehouse system: percentage of diabetic patients who have good blood sugar control, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province, Fiscal Year 2023. Available from: <https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeec3ac3>

10. Medical and health information warehouse system: percentage of hypertensive patients with good blood pressure control in Khon Kaen Province, Fiscal Year 2023. Available from: <https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-detail/2e3813337b6b5377c2f68affe247d5f9>
11. Sub-district health promotion hospital and community health center work system; Inmate data includes inmates who died from complications of diabetes and hypertension, 2024; Internal database. Java Health Center Information System (JHCIS).
12. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health; Department of Corrections, Ministry of Justice. Training course for prison public health volunteers (PHVs) in 2020. Nonthaburi: The Department; 2019. Available from: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2023-10-02-1-19-50331837.pdf (in Thai)
13. Ministry of Justice. 1 year anniversary of the Royal Thai Prison, sharing happiness, doing good deeds for the nation, religion, and king. Nonthaburi: Bosh Snap; 2020. Available from: https://moj.go.th/attachments/20220311161256_73396.pdf (in Thai)
14. Department of disease control, Ministry of Public Health. Diabetes and Hypertension management training course (Basic Level). Nonthaburi: The Department; 2021. Available from: <https://share.google/xL-BRNwP75gu7gXBpO> (in Thai)
15. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235701029-Experiential_Learning_Experience_As_The_Source_Of_Learning_And_Development
16. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. Acad Manag Learn Educ. 2005;4(2): 193-212. <https://doi.org/10.5465/amle.2005.17268566>
17. Petmaneechote K, Himananto S, Fongkerd S. Evaluation impact of the potential development among village health volunteers in caring of patients with diabetes in community, Bang Sai Subdistrict, Muang District, Chonburi Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017;26(3):158-169. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/74432/59990> (in Thai)
18. Petmaneechote K, Pongpumma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2021;31(3):28-41. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255636/173950> (in Thai)
19. Churyen A, Aungwattana S, Tuanrat W. Effects of an experiential learning program on knowledge and practices toward fingertip capillary blood glucose monitoring among village health volunteers. Lanna Public Health Journal. 2022;18(2):102-15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/LPHJ/article/view/258676/177584> (in Thai)
20. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Public Health Volunteer (PHV) Standard Training Course, 2007. Nonthaburi: Radiation; 2007. Available from: <https://www.thaiphc-innovation.com/ebook/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%AA%E0%B8%A12550/> (in Thai)
21. Panich V. Experiential Learning Trilogy: ‘Advanced’ learning from experience part 1: learning to fight for a good heart. Bangkok: Plan; 2024. Available from: [https://www.scbfoundation.com/stocks/79/file/1711940046lsdgm79pdf/ไตรภาค การเรียนรู้ชั้นสูง จาก ประสบการณ์ เล่มที่ 1 \(ภาคทฤษฎี\) เรียนรู้สู่หัวใจ ที่ดีงาม.pdf](https://www.scbfoundation.com/stocks/79/file/1711940046lsdgm79pdf/ไตรภาค การเรียนรู้ชั้นสูง จาก ประสบการณ์ เล่มที่ 1 (ภาคทฤษฎี) เรียนรู้สู่หัวใจ ที่ดีงาม.pdf) (in Thai)

**ประสิทธิผลของหลักสูตรอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำในการดูแล
ผู้ต้องขังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009; 41(4):1149–60. <https://doi.org/10.3758/brm.41.4.1149> PMID: 19897823
23. Kunphatee J. Development of health literacy and health behavior of village health volunteers (VHVs) regarding communicable and non-communicable diseases in Ban Muang Subdistrict, Ban Dung District, Udon Thani Province. Journal of environmental and community health. 2024;9(3):1–10. Available from: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/2677/2021> (in Thai)
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
25. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
26. Best JW. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.
27. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. Upper Saddle (NJ): Pearson Education; 2014.
28. Fitts PM, Posner MI. Human Performance. Belmont, CA: Brooks/Cole; 1967.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต

การะเกด พันธุ์รัตน์ พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)¹

สัญญาลักษณ์ สุทธนะ พย.บ.²

จินตนา ชัยธรรม พย.บ.³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตมีระบบอวัยวะต่าง ๆ ที่ยังไม่เจริญสมบูรณ์ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้มีการเจริญเติบโตช้า น้ำหนักน้อย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และความผิดปกติทางพัฒนาการในระยะยาว จำเป็นต้องมีรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและลดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลให้การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพร่ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม และ 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลแพร่

การออกแบบวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนาแบบ Historical controlled design โดยใช้แนวคิดคุณภาพการบริการของ Donabedian ที่ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพร่ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 15 คน กลุ่มทารกทำการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 2) แบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง 3) แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น 4) แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .98 5) การมอบหมายงานระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ 6) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้ และ 7) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อการพยาบาลแบบองค์รวม เครื่องมือทั้งหมดยกรวบรวมข้อมูล 4 มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

¹ผู้ประพันธ์รณกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่;

E-mail artdear8@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยบริบาลพิเศษทารกแรกคลอด โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

**การพัฒนาแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต**

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบที

ผลการศึกษา 1) การวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาการดูแลทารกที่เน้นการดูแลให้พ้นระยะวิกฤต ความพร้อมในการดูแลด้านจิตสังคม การให้ครอบครัวหรือมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลน้อย ด้านกระบวนการดูแลพร้อมความต่อเนื่องและเชื่อมโยงของแผนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่จะ ทำให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยยึดทารกและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง ตั้งแต่ระยะแรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ 2) รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบ องค์รวมประกอบด้วย 2.1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม ครอบคลุมกิจกรรม การพยาบาล 7 ประการที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะพ้นวิกฤต และ ระยะจำหน่าย แต่ละระยะใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน 2.2) ระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ และการติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทารก เกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 2.3) การอบรมให้ความรู้และสมรรถนะพยาบาลในการดูแลให้การพยาบาล ทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 3) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ยมากกว่า 20 กรัมต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.036$) และภาวะแทรกซ้อนสำคัญได้แก่ ภาวะปอดเรื้อรังและปอดบวมที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม ($p < .05$) อีกทั้งยังลดจำนวนวัน นอนโรงพยาบาล ($p < .001$) พยาบาลเจ้าของไข้และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด มีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมในระดับมากที่สุดและระดับมาก ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ หน่วยงานหอผู้ป่วยทารกวิกฤตสามารถประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลทารก เกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับบริบทของตนเองได้ โดยรูปแบบนี้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ การเพิ่มน้ำหนักและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากความต่อเนื่องของการดูแล และความรับผิดชอบรายบุคคลของพยาบาลเจ้าของไข้ ร่วมกับความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจของมารดาและบุคลากรในทีม

คำสำคัญ รูปแบบการพยาบาล การพยาบาลองค์รวม พยาบาลเจ้าของไข้ ทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อน หอผู้ป่วยทารกวิกฤต

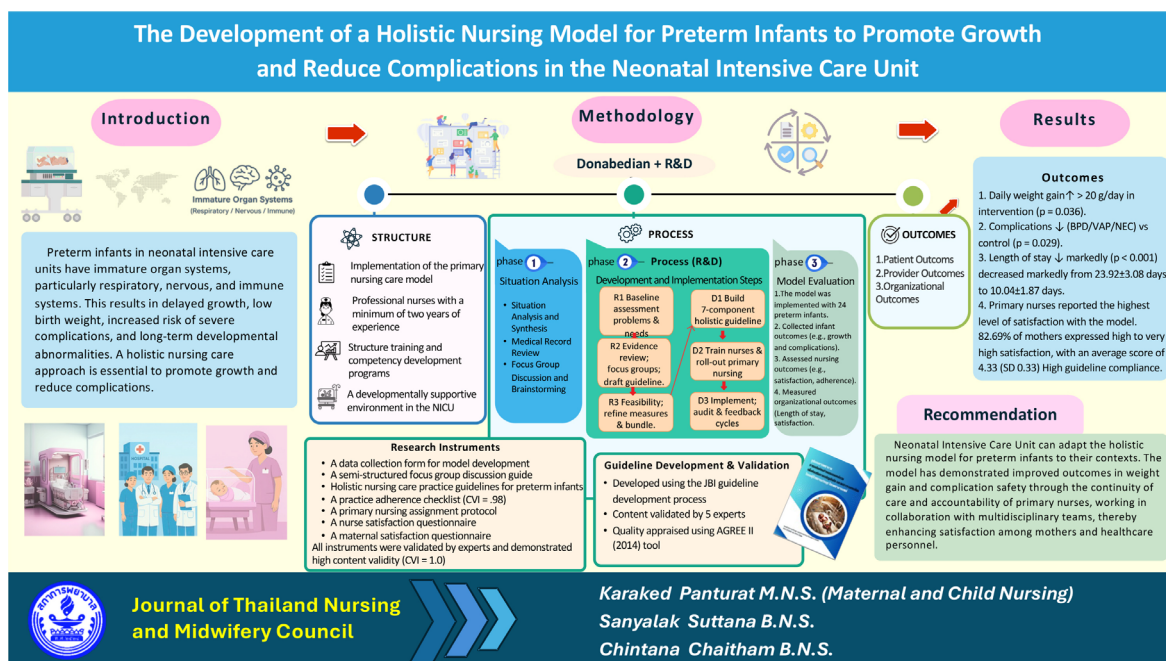
วันที่ได้รับ 17 ส.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 22 ก.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ต.ค. 68

The Development of a Holistic Nursing Model for Preterm Infants to Promote Growth and Reduce Complications in the Neonatal Intensive Care Unit

Karaked Panturat M.N.S. (Mother and Child) ¹

Sanyalak Suttana B.N.S. ²

Chintana Chaitham B.N.S. ³



Extended Abstract

Introduction Preterm infants admitted to neonatal intensive care units often present with immature organ systems, particularly the respiratory, neurological, and immune systems. This immaturity contributes to delayed growth, low birth weight, increased risk of severe complications, and long-term developmental abnormalities. Therefore, a holistic nursing approach is essential to promote optimal growth and minimize complications.

Objectives The objectives of this study were: 1) To examine the current situation and problems in providing nursing care for preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit at Phrae Hospital, 2) To develop a holistic nursing model for the care of preterm infants, and 3) To evaluate the outcomes of implementing the holistic nursing model for preterm infants in the neonatal intensive care unit at Phrae Hospital.

¹Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional Level, Neonatal intensive care units, Phrae Hospital, Phrae province, Thailand; E-mail: artdear8@gmail.com

²Registered Nurse, Professional Level, Sick New Born Care units, Phrae Hospital, Phrae Province, Thailand

³Registered Nurse, Professional Level, Neonatal intensive care units, Phrae Hospital, Phrae Province, Thailand

**การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต**

Design This study employed a research and development with historical controlled design, guided by Donabedian's service quality framework, which includes structure, process, and outcomes.

Methodology The study participants consisted of registered nurses, mothers, and preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit at Phrae Hospital between March and July 2025. A purposive sample of 15 professional nurses was selected, while 48 preterm infants were recruited through simple random sampling and divided equally into experimental and control groups (24 infants per group). The research instruments included 1) a data collection form for the development of a holistic nursing model for preterm infants, 2) a semi-structured focus group discussion guide, 3) the holistic nursing practice guidelines for preterm infants developed in this study, 4) a compliance record for adherence to the holistic nursing practice guidelines (content validity index = .98), 5) a patient-assigned primary nursing system, 6) a satisfaction questionnaire for primary nurses, and 7) a satisfaction questionnaire for mothers regarding holistic nursing care. All instruments except for item 4 demonstrated a content validity index of 1.00. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and Inferential statistics (Chi-square test and t-test).

Results 1) Situation analysis revealed that challenges in the care of preterm infants were identified, with an emphasis on crisis management through the critical phase while psychosocial care was insufficient. Family and maternal involvement in care planning was limited. In terms of care processes, continuity and integration of care plans were lacking, resulting in inconsistent practices. A unified, evidence-based approach centered on the infant and family, from admission through discharge, was therefore needed. 2) The Holistic Nursing Model for Preterm Infants comprised 2.1) Holistic Nursing Practice Guidelines: These guidelines included seven nursing activities that influenced the quality of care across three stages, initial admission care, post-crisis care, and discharge care. Each stage applied the five steps of the nursing process to ensure systematic and comprehensive care, 2.2 Primary Nursing Assignment System: Implementation of a patient-assigned primary nursing system, along with monitoring adherence to the holistic nursing practice guidelines, 2.3 Nurse Training and Competency Development: Provision of education and competency-building programs to strengthen nurses' knowledge and skills in delivering holistic care for preterm infants. 3) Outcomes of Model Implementation: The development and application of the holistic nursing model resulted in a statistically significant increase in infant weight gain, averaging more than 20 grams per day ($p = .036$). Major complications, including bronchopulmonary dysplasia and ventilator-associated pneumonia, were significantly reduced compared with the conventional care group ($p < .05$). Furthermore, the length of hospital stay was significantly shortened ($p < .001$). Satisfaction with the holistic nursing model was rated at the highest level by primary nurses and at a high level by mothers of preterm infants.

Recommendation Neonatal intensive care units can apply the holistic nursing model for preterm infants to align with their specific contexts. The implementation of this model has resulted in positive outcomes, including improved weight gain and enhanced safety through a reduction in complications. These benefits are attributed to the continuity of care, the individual accountability of primary nurses, and the collaborative efforts of the multidisciplinary team. Consequently, the model has contributed to high levels of satisfaction among both mothers and healthcare personnel.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 123-142

Keywords nursing model/ holistic nursing care/ primary nurses/ preterm Infants/ complications/ neonatal intensive care unit

Received 17 August 2025, Revised 22 September 2025, Accepted 3 October 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก¹ รายงานว่าในแต่ละปีมีทารกเกิดก่อนกำหนดราว 15 ล้านคน หรือประมาณ 1 ใน 10 ของการเกิดมีชีวิตทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทย อัตราทารกเกิดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ 2565-2567 คิดเป็นร้อยละ 11.63, 10.44 และ 9.99 ตามลำดับ² แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากทารกกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต (Neonatal Intensive Care Unit, NICU)³

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีระบบอวัยวะที่ยังไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ปัญหาการหยุดหายใจ (Apnea) ภาวะตัวเขียว (Cyanosis) การควบคุมอุณหภูมิไม่คงที่ (Unstable thermoregulation) ภาวะตัวเหลือง (Neonatal jaundice) และภูมิคุ้มกันต่ำ (Immunodeficiency)⁴ โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary dysplasia, BPD) การติดเชื้อที่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated pneumonia, VAP) ภาวะลำไส้อักเสบชนิดเนื้อตาย (Necrotizing enterocolitis, NEC) และความผิดปกติด้านพัฒนาการ⁵⁻⁷ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมใน NICU ที่มีแสง เสียง และการกระตุ้นทางประสาทสัมผัสมากเกินไป โดยเฉพาะการขาดการรับรู้สัญญาณของเวลาในส่วนของกลางวันและกลางคืน (circadian cues) สามารถก่อให้เกิดความเครียด รบกวนการนอน และยับยั้งการหลั่ง growth hormone ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางสติปัญญาในระยะยาว⁶⁻⁷ ผลการวิจัยชี้ว่าแสงและเสียงที่ไม่เหมาะสมใน

NICU สามารถรบกวนระบบ circadian ของทารก และทำให้วงจรการนอนไม่มีประสิทธิภาพ⁸ ซึ่งส่วนเพิ่มความซับซ้อนในการรักษาและใช้ทรัพยากรจำนวนมาก

ข้อมูลจากโรงพยาบาลแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 แสดงให้เห็นว่าทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นภาวะสำคัญอันดับหนึ่งใน NICU โดยมีจำนวนผู้ป่วย 147, 177 และ 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.35, 33.97 และ 31.25 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อน BPD คิดเป็นร้อยละ 1.41, 1.71 และ 1.80 ส่วน VAP คิดเป็นร้อยละ 6.37, 2.46 และ 3.04 และ NEC พบ 6, 7 และ 11 รายตามลำดับ ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงสุดถึง 70 วันในทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม⁹ ทำให้ต้องใช้บุคลากรพยาบาลจำนวนมาก¹⁰ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของระบบการดูแลที่มีมาตรฐานและบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีสมรรถนะสูง ทำงานภายใต้ระบบบริการที่เป็นมาตรฐาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนลดวันนอนโรงพยาบาล และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า¹¹ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมมุ่งบูรณาการความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และบริบทครอบครัวเข้ากับการดูแลแบบส่งเสริมพัฒนาการ (Developmental care) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสากลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมพัฒนาการ¹²⁻¹³ โดยมีองค์ประกอบ 7 ประการ ซึ่งได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงระบบที่มีหลักฐานระดับสูงถึงปานกลางว่าช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด¹⁴ ครอบคลุมองค์รวมดังนี้ 1) การดูแลอุณหภูมิกาย (Thermoregulation) เริ่มตั้งแต่ที่ห้องคลอดและระหว่างส่งต่อ¹⁵ 2) การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Respiratory support and care) ที่ลดการใส่ท่อหลอดลมคอ และใช้ NIV มากขึ้น รวมถึง

**การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต**

ป้องกันการเกิด VAP ตามมาตรการแบบ bundle¹⁶
3) การดูแลโภชนาการและการให้อาหาร (Nutrition and feeding) โดยเน้นนมแม่เป็นหลัก เพื่อลดความเสี่ยง NEC¹⁷ 4) การจัดการความปวด (Pain management) ด้วยมาตรการไม่ใช้ยาอย่างเป็นขั้นตอน¹⁸⁻¹⁹ 5) การป้องกันการติดเชื้อ (Neonatal sepsis) ตามแนวทางสากล¹² 6) การป้องกันภาวะตัวเหลือง (Neonatal jaundice) ตามแนวทางสถาบันกุมารเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (American academy of pediatrics: AAP)²⁰⁻²¹ 7) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการและสนับสนุนบทบาทของครอบครัว (Preterm and family developmental care) รวมถึงการทำ Kangaroo Mother Care (KMC) ซึ่งมีหลักฐานว่าช่วยลดอัตราการตายและส่งเสริมการเจริญเติบโต²²⁻²³

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพใน NICU มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าว โดยเฉพาะระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nursing) เป็นการจักระบบบริการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการจัดการดูแล โดยพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ทำให้เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล ตามกระบวนการหลักทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะฟื้นวิกฤต และระยะจำหน่ายรวมถึงการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมการดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ (Nursing assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) มีอิสระและมีเอกสิทธิ์ในการพยาบาลภายใต้ขอบเขตวิชาชีพไปจนถึงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว²⁴ หลักฐานในปัจจุบันชี้ว่าการดูแลเชิงพัฒนาการและการบูรณาการครอบครัวสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านการ

เจริญเติบโตและพัฒนาการที่ดีขึ้น รวมทั้งลดโอกาสกลับมารักษาซ้ำ^{6,25-28} การบูรณาการระบบพยาบาลเจ้าของไข้เข้ากับองค์ประกอบการดูแลทั้ง 7 ประการ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้พัฒนาระบบบริการพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมครบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนบริบทในหน่วย NICU โรงพยาบาลแพรว พบข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบมอบหมายงานที่ไม่เอื้อต่อความต่อเนื่อง และข้อจำกัดเชิงกระบวนการ เช่น ความไม่สอดคล้องของแนวปฏิบัติในบางรายการ อาทิ การควบคุมอุณหภูมิและการวางแผนการดูแลแบบองค์รวม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการกำหนดแนวปฏิบัติมาตรฐานที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบทั้ง 7 ข้างต้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนลดจำนวนวันนอน และเพิ่มคุณค่าให้แก่ครอบครัว^{11-12, 17, 20} ดังนั้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างทางความรู้และกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนาการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลให้การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพรว
2. เพื่อพัฒนาแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพรว
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลแพรว

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด (Holistic Nursing Model for Preterm Infants) ในการศึกษาครั้งนี้ ด้านโครงสร้างประกอบด้วย การมอบหมายงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Assignment of primary nursing system) และ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 2 ปี และได้รับการอบรมการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม (Professional nurses) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทบทวนเวชระเบียน สทนากลุ่ม ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Analyze the situation and problems) 2) การพัฒนาทดลองใช้และปรับปรุงแบบการพยาบาล (Develop, trial, and adapt the model) ประกอบด้วย 2.1 จัดประชุมระดมสมองบุคลากรในทีม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 2.2 พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ 2.4 พัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 2.5 ยกร่างรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม และ 2.6 ทดสอบการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ วงรอบที่ 1 และ วงรอบที่ 2 โดยจัด (1) ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมในการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด (2) นิเทศ ติดตาม สะท้อนกลับการปฏิบัติ และสังเกตการปฏิบัติตามแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาล (3) ประชุมกลุ่มย่อยทุกสัปดาห์เพื่อติดตามผลการดำเนินการ (4) ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือตามแผนการนิเทศ และ (5) ปรับปรุงรูปแบบการพยาบาล และ 2.7 วิเคราะห์ผลการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาล ปรับปรุงรูปแบบ

การพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลจนกระทั่งปฏิบัติได้จริง และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม (Evaluate the outcomes of a holistic nursing model for preterm Infants) ผลที่ได้ (output) คือรูปแบบประกอบด้วย 1) ระบบการมอบหมายพยาบาลหลัก (Primary nursing assignment system) กำหนดให้ทารกแต่ละคนมีพยาบาลหลักที่รับผิดชอบเฉพาะราย เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการดูแล 2) การพัฒนาความรู้และสมรรถนะของพยาบาล (Development of knowledge and competency for nurses) 3) ฝึกอบรมและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing practice guidelines for preterm infants) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด ครอบคลุมการดูแลใน 3 ระยะ: ระยะรับไว้ดูแล ระยะหลังการทรงตัวและระยะก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย 7 ด้านหลัก คือ (1) การควบคุมอุณหภูมิ (2) การช่วยหายใจและดูแลระบบทางเดินหายใจ (3) โภชนาการและการให้อาหาร (4) การจัดการความปวด (5) การป้องกันภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (6) การป้องกันภาวะตัวเหลือง และ (7) การส่งเสริมพัฒนาการและสนับสนุนครอบครัว เช่น การสัมผัสระหว่างแม่และลูก (Kangaroo Mother Care, KMC) ผลลัพธ์ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcomes) ได้แก่ 1) น้ำหนักเพิ่มตามเกณฑ์ (Weight gain in preterm infants meeting expected growth standards) 2) ลดอุบัติการณ์ของโรคปอดเรื้อรังในทารก (Incidence of bronchopulmonary dysplasia, BPD) 3) ลดการติดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจ (Incidence of ventilator associated pneumonia, VAP) และ 4) ลดภาวะลำไส้อักเสบรุนแรงในทารก (Incidence of

**การพัฒนาแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทารกวิกฤต**

necrotizing enterocolitis, NEC) ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ (Provider outcome) คือ ความพึงพอใจของพยาบาล ต่อโมเดลการดูแลแบบองค์รวม (Professional nurses' satisfaction with the holistic nursing care model for preterm infants) และผลลัพธ์ด้านองค์กร (Organizational

outcomes) ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay in the neonatal intensive care unit, NICU) และ ความพึงพอใจของมารดาต่อการดูแลแบบองค์รวม (Maternal satisfaction with the holistic nursing care) (Figure 1)

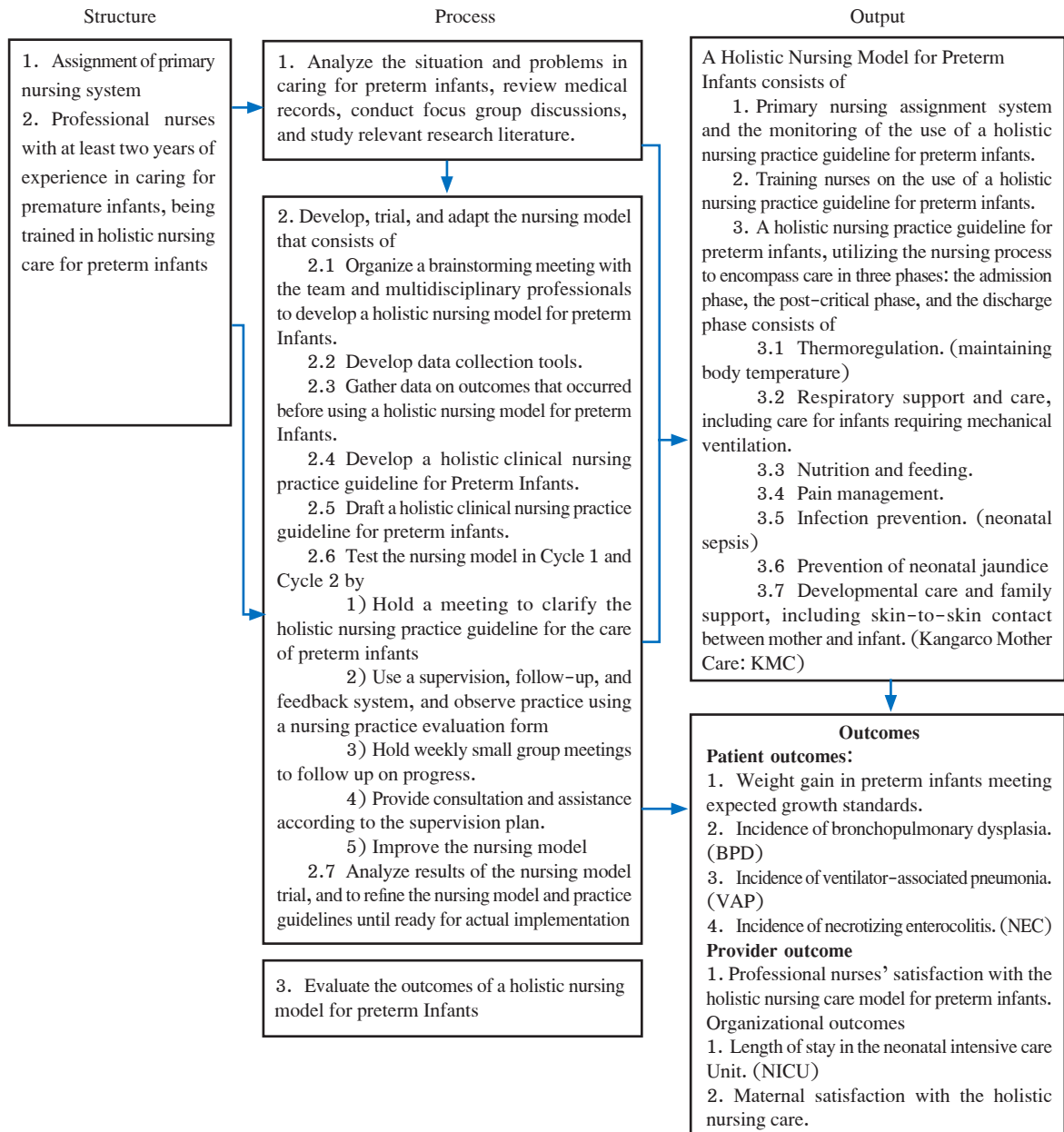


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา แบบ
Historical controlled design

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม
ประกอบด้วย

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดทุกรายที่มีอายุครรภ์
น้อยกว่า 37 สัปดาห์ โดยใช้วิธีการประเมินอายุครรภ์
ด้วยวิธีของบัลลาร์ด²⁹ ซึ่งประเมินอายุครรภ์จากการตรวจ
ลักษณะภายนอก ร่วมกับการกับตรวจทางด้านระบบประสาท
และกล้ามเนื้อของทารกแรกเกิด และเข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลแพร์

2. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดทุกรายที่เข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลแพร์

3. พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอ
ผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพร์ และสหสาขาวิชาชีพ
ที่เกี่ยวข้อง โดยสหสาขาวิชาชีพจะเป็นประชากรใน
ระยะที่ 1 และระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ
พยาบาลวิชาชีพ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับ
การรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลแพร์ เข้ารับ
การรักษาในช่วงเดือนมีนาคม 2568 ถึง เดือนกรกฎาคม
พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ
เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ส่วนกลุ่มทารกทำการสุ่มอย่างง่าย
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 48 คน
แบ่งกลุ่ม ๆ ละ 24 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรสำหรับ
การทดสอบสัดส่วนประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (two
independent proportion)^{30, 31} โดยกำหนด $Z(0.975) =$
 1.96 , $Z(0.8) = 0.84$, สัดส่วนในกลุ่ม 1 (p_1) = 0.6 ,
สัดส่วนในกลุ่ม 2 (p_2) = 0.2 อัตราส่วน (r) = 1.0
ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้คือ $n_1 = 22.31$ ดังนั้น

ขนาดตัวอย่างสำหรับกลุ่มที่ = 23 และ ขนาดตัวอย่าง
สำหรับกลุ่มที่ 2 = 23 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง
จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 เท่ากับ 2.3 จะได้
ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้
แนวปฏิบัติ 24 คน และหลังใช้แนวปฏิบัติ 24 คน

การเลือกตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างแบบ
เฉพาะเจาะจงโดย มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด
ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ตั้งแต่คนที่ 25 จนถึง
48 โดยการจับคู่ (Matched pair) ทารกเกิดก่อนกำหนด
กลุ่มทดลองให้คล้ายคลึงกับทารกเกิดก่อนกำหนด
กลุ่มควบคุม ในด้านอายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และ
ความซับซ้อนของการรักษา กลุ่มพยาบาลวิชาชีพเลือก
แบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก

เกณฑ์คัดเลือก 1) กลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนด
เป็น 1.1) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์ 28 สัปดาห์
จนถึงน้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์
ด้วยวิธีของบัลลาร์ด²⁹ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
ทารกวิกฤต 1.2) ไม่มีความพิการและความผิดปกติ
ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต 1.3) ทารกไม่มีปัญหา
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่มีภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง
และมี Hemodynamic stable และ 4) มารดาทารกและ
แพทย์เจ้าของไข้อยู่ภายใต้การดูแลร่วมวิจัย 2) กลุ่มมารดาทารก
เกิดก่อนกำหนด เป็นสตรีที่ 2.1) คลอดทารกที่มีอายุ
ครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินอายุครรภ์
ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ 2.2) สามารถมาเยี่ยมและดูแล
บุตรได้โดยไม่มีโรคติดต่อร้ายแรง หรือเข้ารับการรักษา
หลังคลอดจากภาวะผิดปกติ เช่น มีภาวะตกเลือด
หลังคลอด หรือมีภาวะช็อค และ 2.3) ตอบรับ
เข้าร่วมวิจัย 3) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลที่
3.1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลแพร์
3.2) มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลทารกเกิด
ก่อนกำหนด ในหอทารกป่วยวิกฤตโรงพยาบาลแพร์

เป็นเวลา 2 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มสหสาขาวิชาชีพมีประสบการณ์
ในการให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ในหอทารก
ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลแพร่ เป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มทารกเกิดก่อน
กำหนด คือ ทารกที่ได้รับการดูแลไม่ครบตามระยะ
ของการดูแลในรูปแบบฯ 2) กลุ่มมารดาทารกเกิด
ก่อนกำหนดที่ร่วมวิจัยไม่ครบทุกระยะ และ 3) กลุ่ม
พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกระยะ 4) เป็น
หัวหน้าหอผู้ป่วยและเป็นสหสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วม
การวิจัยไม่ครบทุกระยะ

เครื่องมือวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูลการพัฒนารูปแบบการพยาบาล
ทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมฯ ประกอบด้วย
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนที่ 2
ข้อมูลทั่วไปของมารดา ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่
1) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักทารก ประเมินจาก แบบ
เก็บข้อมูล ซึ่งเริ่มประเมินน้ำหนักเฉลี่ยต่อวันของทารก
ในวันที่ทารกน้ำหนักเท่าแรกเกิดไปจนทารกจำหน่าย
นำน้ำหนักขณะจำหน่ายเฉลี่ยต่อวัน ว่าขึ้นมากกว่า
20 กรัมต่อวัน 2) ภาวะแทรกซ้อน BPD VAP และ NEC
3) จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต และส่วนที่ 4
การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
ครอบคลุม 7 ประการ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1³²

2. แบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัย
สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาการดูแลทารกที่เน้นการดูแล
ให้พ้นระยะวิกฤต 2. อุปสรรคด้านกระบวนการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะแรกถึงจำหน่าย
หากพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด
ควรเป็นอย่างไร

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด
แบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น

4. แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการ
พยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมของ
พยาบาลเจ้าของไข้ มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ
0.98³²

5. การมอบหมายงานระบบการพยาบาลเจ้าของไข้

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล
เจ้าของไข้ต่อรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด
แบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อความ
พึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด
แบบองค์รวม มีจำนวน 8 ข้อ

7. แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดาต่อ
การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่
พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อความพึงพอใจของมารดา
ต่อการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม
มีจำนวน 9 ข้อ

เครื่องมือทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรง
ของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
1 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนา
การพยาบาล จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขา
การพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาล
ชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของ
สาระคำถาม ความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุม
และความเหมาะสมในการใช้ภาษา ได้ค่าดัชนีความตรง
ตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทุกข้อยกเว้นข้อ 4 สำหรับ
แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม
ทำการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือ โดยใช้
AGREE II³³ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ
1.00 ทุกด้าน จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่าสามารถใช้ได้
ไม่พบปัญหาในการบันทึกและความเข้าใจในการตอบ
คำถาม

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแพร์ จังหวัดแพร่ หมายเลขใบรับรอง 030/2568 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ดำเนินการวิจัยโดยการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ความเสี่ยง ประโยชน์หรือผลเสีย และการรักษาความลับโดยใช้รหัส (code) แทนชื่อ จะถูกเก็บในแฟ้มและใส่ในตู้ล็อกกุญแจถือว่าเป็นความลับเก็บรักษาไว้ 1 ปีผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่ระบุตัวบุคคล และมีการทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด โดยผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแพร์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร์ และหัวหน้ากลุ่มงานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลแพร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยทำการทบทวนเวชระเบียนทารกเกิดก่อนกำหนดใน ปีงบประมาณ 2567 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 165 ราย โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 24 แม่ และสนทนากลุ่ม (focus group) ในสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ กุมารแพทย์จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โดยมีประสบการณ์ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มานาน

มากกว่า 2 ปี จำนวน 3 คน เภสัชกรที่ดูแลเกี่ยวกับสารอาหาร (TPN) จำนวน 1 คน โภชนากรที่ดูแลเกี่ยวกับการเตรียมนมทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกทารกป่วย จำนวน 1 คน แผนกห้องคลอด จำนวน 1 คน แผนกหลังคลอด จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน รวมกับผู้วิจัย รวมจำนวนทั้งสิ้น 11 คน ในวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค ด้านกระบวนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รวมทั้งความต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่เหมาะสมของโรงพยาบาลแพร์ โดยใช้แบบสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม โดย 1) ประชุมระดมสมองจากกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่มีคุณสมบัติ คือ มีความรู้ความชำนาญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ ทีมผู้วิจัย และทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดจากทีมสหสาขา จำนวน 11 คน 2) พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อนการใช้รูปแบบฯ โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษา ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 เป็นกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 24 คน 3) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อใช้ในรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยใช้หลักฐาน

เชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ของสถาบัน Joanna Briggs (JBI)³⁴ 4) ยกย่องรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม 5) ทดสอบการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม วนรอบที่ 1 กับผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 5 คน พบปัญหาการดูแลช่องปากโดยใช้นมแม่กลั้วปากไม่ได้ภายใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากน้ำนมมารดาบางรายไม่มี โดยเฉพาะมารดาที่ผ่าตัดคลอด วนรอบที่ 2 กับผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน โดยผู้วิจัยติดตามการสะท้อนกลับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น 6) วิเคราะห์ผลการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ปรับปรุงอีกครั้งจนกระทั่งปฏิบัติได้จริงดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม ถึงต้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2568

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลฯ ดังนี้ 1) จัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตในเรื่อง ระบบการพยาบาลแบบเจ้าของไข้ การมอบหมายงาน การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด และการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) นำรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม ที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 24 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยการจับคู่ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองให้คล้ายคลึงกับทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มควบคุม ในด้านอายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และความซับซ้อนของการรักษา โรงพยาบาลแพร่ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 3) เก็บข้อมูลผลลัพธ์ 4) วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำรายงานวิจัย และเผยแพร่รายงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มแก่นสาระ (Thematic analysis) ใช้สำหรับข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ในระยะที่ 1 และ 2

2. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม และความพึงพอใจของมารดาต่อการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม

3. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's Exact test เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลฯ และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลฯ และการทดสอบที่ เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยก่อนและหลังใช้รูปแบบการพยาบาลฯ

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

การสนทนากลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัญหา คือ การดูแลทารกที่เน้นการดูแลให้พ้นระยะวิกฤต โดยพร่องในการดูแลด้านจิตสังคม การให้ครอบครัวหรือมารดามาเข้ามามีส่วนร่วมในแผนการดูแลน้อย อุปสรรคด้านกระบวนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่ระยะแรกรับจนกระทั่งจำหน่าย คือ ความต่อเนื่อง และเชื่อมโยงของแผนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาลผู้ดูแลที่จะทำให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และต่อเนื่องเพื่อคุณภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด โดยยึดทารกและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาการ โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องลงความเห็นว่ามีความต้องการ

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลแพร์ดังนี้

1. อุปสรรคด้านกระบวนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เช่น ทารกมีอาการทรุดลงขณะส่งต่อมายังหอผู้ป่วยทารกวิกฤต “ปัญหามันเริ่มตั้งแต่ตอนรับตัวเด็กเข้ามาเลยล่ะ บางครั้งเด็กอาการแย่งระหว่างส่งต่อ เพราะอาการทารกหนักมากกว่าอาการจากข้อมูลที่ได้รับการประสานมา ทำให้ดูแลต่อในหอทารกยากขึ้น”

2. ปัญหาการดูแลทารกที่เน้นการดูแลให้พ้นระยะวิกฤต โดยพร่องในการดูแลด้านจิตสังคม เช่น “ตอนนี้เรามักจะเน้นแค่ให้เด็กพ้นช่วงวิกฤตก่อน แต่ยังดูแลเรื่องสภาพจิตใจหรือความรู้สึกของเด็กกับครอบครัวได้น้อยอยู่”

3. อุปสรรคด้านกระบวนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะจำหน่าย เช่น มารดาไม่สามารถมาเยี่ยมและมาอยู่เลี้ยงทารกได้ในระยะเวลาที่กำหนด ปัญหาทางครอบครัวและเศรษฐกิจ ที่มารดาต้องไปทำงาน “ช่วงใกล้กลับบ้านก็มีปัญหาเหมือนกันล่ะ บางครั้งคุณแม่มาอยู่เลี้ยงลูกไม่ได้ เพราะต้องทำงานหรือมีปัญหาทางบ้าน ทำให้ดูแลต่อเนื่องไม่เต็มที่”

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม

หลังจากได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาและความต้องการแล้ว คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ตามสภาพอาการของทารก เพื่อให้เกิดความปลอดภัย แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมทั้ง 7 ด้านที่พัฒนาขึ้น เป็นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม (Initial admission Care) ระยะพ้นวิกฤต (Post-Crisis

care) และ ระยะจำหน่าย (Discharge care) แต่ละระยะใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ในแต่ละระยะจะมีกิจกรรมการดูแลปฏิบัติการพยาบาล ตามสภาพอาการของทารก แนวปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมทั้ง 7 ด้านที่พัฒนาขึ้นอยู่ในทุกระยะของกระบวนการดูแล 1) ระยะแรกเริ่ม เช่น การเคลื่อนย้ายทารก การดูแลอุณหภูมิกาย การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลโภชนาการและการให้อาหาร การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันภาวะตัวเหลือง 2) ระยะพ้นวิกฤต เช่น การดูแลอุณหภูมิกาย การดูแลระบบทางเดินหายใจ การดูแลโภชนาการและการให้อาหาร การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันภาวะตัวเหลือง การดูแลส่งเสริมพัฒนาการและสนับสนุนบทบาทของครอบครัว 3) ระยะจำหน่าย เช่น การดูแลอุณหภูมิกาย การดูแลโภชนาการและการให้อาหาร การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลส่งเสริมพัฒนาการและสนับสนุนบทบาทของครอบครัว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง (Prevention of readmissions)

2. ระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ และการติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ การประชุมปรึกษาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นระยะทั้งกับผู้ร่วมดูแล มารดา และทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. การอบรมให้ความรู้และสมรรถนะพยาบาลในการดูแลให้การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนด

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

ข้อมูลทั่วไปของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน เป็นมารดาในกลุ่มก่อนพัฒนา

**การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยทารกวิกฤต**

รูปแบบฯ จำนวน 24 คน และกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 24 คน ลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา กลุ่มก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50 และ 54.17 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยอายุระหว่างกลุ่มต่างกันเล็กน้อย (30.75 ปี และ 28.79 ปี ตามลำดับ) ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว รวมทั้งสถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่ม มีสถานภาพคู่ทั้งหมด รวมถึงปัจจัยทางด้านสุขภาพของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ทั้งในด้านการมีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ ที่พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.17 และ ร้อยละ 75 ตามลำดับ) ไม่มีโรคประจำตัว ประวัติการฝากครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.17 และร้อยละ 79.17) ฝากครรภ์ ≥ 5 ครั้ง ไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (ร้อยละ 79.19 และร้อยละ 83.33 ตามลำดับ) สำหรับการมีผู้ช่วยเหลือดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน พบว่าทั้งสองกลุ่ม

มีผู้ช่วยเหลือดูแลทารกฯ (ร้อยละ 95.83) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มด้วย Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อมูลทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงในด้านเพศ อายุครรภ์ขณะเกิด และวิธีการคลอด โดยในด้านสัดส่วนเพศของกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบฯ และกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.50 และ 54.17 ตามลำดับ) อายุครรภ์ขณะเกิด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 33 - <37 สัปดาห์ (ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 95.83 ตามลำดับ) ผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 79.17 และร้อยละ 54.17 ตามลำดับ) (Table 1) โดยที่น้ำหนักแรกเกิดในกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบฯ (ค่าเฉลี่ย 2,325.17 กรัม) สูงกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบฯ เล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 1,949.92 กรัม)

Table 1 Characteristics of preterm infants (n = 48)

Characteristics	Category	Predevelopment (n = 24)	Postdevelopment (n = 24)	χ^2	p-value
Gender	Male	15 (62.50 %)	13 (54.17 %)	0.343	.558
	Female	9 (37.50 %)	11 (45.83 %)		
Gestational age at birth (weeks)	< 28	0 (0 %)	0 (0 %)	-	.384
	28 - 32	4 (16.67 %)	1 (4.17 %)		
	33 - < 37	20 (83.33 %)	23 (95.83 %)		
Birth weight (g)	1,500 - 1,999	11 (45.83 %)	9 (37.50 %)	0.343	.558
	2,000 - 3,000	13 (54.17 %)	15 (62.50 %)		
	Mean $\pm$ SD	2,013.46 $\pm$ 347.82	2,184 $\pm$ 313.87		
	(min-max)	(1,501-2,835)	(1,750-2,830)		
Mode of delivery	Normal delivery	5 (20.83 %)	11 (45.83 %)	0.505	.477
	Cesarean section	19 (79.17 %)	13 (54.17 %)		

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด ระดับ APGAR score นาทีที่ 1, 5, และ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8-10 ไม่มีปัญหาหระหว่างคลอด (ร้อยละ 83.33 และ ร้อยละ 91.67 ตามลำดับ) ปัญหาหลังคลอด พบว่าตัวอย่างทั้งหมดของทั้งสองกลุ่มเกิดภาวะหายใจลำบาก TTN/RD ส่วนใหญ่มีภาวะ Hypothermia (ร้อยละ 70.83

และ 79.17 ตามลำดับ) มีภาวะ Hyperthermia (ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 87.50 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทารกด้วย Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่า ข้อมูลของทารกทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

หลังจากใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมที่พัฒนาขึ้น พบว่า จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตเฉลี่ยลดลงจาก 23.92 วัน (SD 3.08) เป็น 10.04 วัน (SD 1.87) ในขณะที่น้ำหนักตัวในวันจำหน่ายเฉลี่ยเพิ่มจาก 2,342.04 กรัม (SD 376.08) เป็น 2,464.83 (SD 344.03) กรัม แต่ไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญ (Table 3) ภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ได้แก่ Bronchopulmonary Dysplasia และ Ventilator-Associated Pneumonia ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิม อย่างไรก็ตาม Necrotizing Enterocolitis ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 4)

Table 2 Health status of preterm infants (n = 48)

Characteristics	Category	Predevelopment (n = 24)	Postdevelopment (n = 24)	χ^2	p-value
APGAR score (1 minute)	4 – 7	8 (33.33 %)	3 (12.50 %)	2.948	.086
	8 – 10	16 (66.67 %)	21 (87.50 %)		
	Mean (SD)	7.54 (2.23)	–		
	(min–max)	(1 – 10)	–		
APGAR score (5 minutes)	4 – 7	2 (8.33 %)	0 (0 %)	–	.489
	8 – 10	22 (91.67 %)	24 (100 %)		
	M (SD)	9.08 (1.14)	–		
	(min–max)	(6 – 10)	–		
APGAR score (10 minutes)	4 – 7	1 (4.17 %)	0 (0 %)	–	1.000
	8 – 10	23 (95.83 %)	24 (100 %)		
	M (SD)	9.50 (0.86)	–		
	(min–max)	(7 – 10)	–		
Perinatal complications	None	20 (83.33 %)	22 (91.67 %)	–	.666
	Yes	4 (16.67 %)	2 (8.33 %)		
	Nuchal cord	4 (100 %)	2 (100 %)		
Postnatal complications	Hypothermia–no	17 (70.83 %)	19 (79.17 %)	–	.740
	Hypothermia–yes	7 (29.17 %)	5 (20.83 %)		
	Hyperthermia–no	24 (100 %)	21 (87.50 %)		
	Hyperthermia–yes	0 (0 %)	3 (12.50 %)		
	TTN/RD – no	0 (0 %)	0 (0 %)		
	TTN/RD – yes	24 (100 %)	24 (100 %)		

Table 3 Comparisons of clinical outcomes using t-test (n = 48)

Variables	Predevelopment (n = 24)	Postdevelopment (n = 24)	t	p-value
	M (SD)	M (SD)		
Length of stay in NICU (days)	23.92 (3.08)	10.04 (1.87)	3.853	<.001
Body weight at discharge from NICU (g)	2,342.04 (376.08)	2,464.83 (344.03)	-1.180	.122

**การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต**

Table 4 Comparisons of clinical outcomes using Fisher's Exact test (n = 48)

Characteristics	Category	Predevelopment (n = 24)	Postdevelopment (n = 24)	p-value
Weight gain (n = 22 pre, n = 15 post)	< 20 g/day	15 (68.18 %)	5 (33.33 %)	.037
	≥ 20 g/day	7 (31.82 %)	10 (66.67 %)	
Overall complication	Yes	11 (45.83 %)	4 (16.67 %)	.029
	No	13 (54.17 %)	20 (83.33 %)	
Bronchopulmonary dysplasia (BPD)	Yes	9 (37.50 %)	2 (8.33 %)	.016
	No	15 (62.50 %)	22 (91.67 %)	
Ventilator-associated pneumonia (VAP)	Yes	0 (0 %)	0 (0 %)	–
	No	24 (100 %)	24 (100 %)	
Necrotizing enterocolitis (NEC)	Yes	3 (12.50 %)	2 (8.33 %)	.500
	No	21 (87.50 %)	22 (91.67 %)	

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ
เจ้าของไข้ พบว่ามีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ
การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม
เฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อพิจารณาในรายข้อ
พบว่า ประเด็น “ทำให้เกิดผลดีต่อทารกเกิดก่อนกำหนด”
มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.87 (SD 0.35) รองลงมาคือ ประเด็น
“ความพึงพอใจโดยรวม” 4.80 (SD 0.41) และ
ประเด็น “มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้
ในหน่วยงาน” 4.73 (SD 0.46) ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ย
ต่ำกว่าประเด็นอื่นๆ คือ “ความเหมาะสมกับบริบท
ของโรงพยาบาลแพร่” 4.53 (SD 0.52) ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ย
ความพึงพอใจรวมเท่ากับ 4.70 (SD 0.38)

สำหรับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดก่อน
กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ
ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวม ร้อยละ 82.69
มีค่าเฉลี่ย 4.33 (SD 0.33) และเมื่อพิจารณารายข้อ
พบว่า มารดาพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 95.83 ค่าคะแนน
4.58 ในเรื่องพยาบาลดูแลช่วยฝึกทักษะการให้นม
และสนับสนุนเรื่องการให้นมแม่ได้อย่างเหมาะสม
ขณะที่มารดาร้อยละ 83.33 พึงพอใจน้อยที่สุด (4.08)
ในด้านการลดความเจ็บปวดและความเครียด

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนา
รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม
ส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ลดวันนอนโรงพยาบาล
และลดภาวะแทรกซ้อนสำคัญ คือ Bronchopulmonary
Dysplasia (BPD) และ Ventilator-Associated Pneumonia
(VAP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่ม
ที่ได้รับการดูแลแบบเดิม สอดคล้องกับการศึกษา
ที่ผ่านมา³⁵ ซึ่งพบว่า การควบคุมสิ่งแวดล้อมโดยพยาบาล
เจ้าของไข้ ลด stress-induced inflammation ที่นำไปสู่
BPD ได้ เช่น การพยาบาลที่คำนึงถึงวงจรการนอน
ของทารกใน NICU ส่งเสริมการเจริญเติบโตและ
ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเครียดเรื้อรัง
ในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเฉพาะเมื่อใช้แนวทาง
ลดเสียง แสง และกิจกรรมทางการพยาบาลที่รบกวน
บ่อยครั้งในหอผู้ป่วย³⁶ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้
ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของ Necrotizing
enterocolitis (NEC) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา
โดย Wang และคณะ³⁶ และ Coughlin และคณะ³⁷
ที่พบว่าการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลเจ้าของไข้ช่วยลด
NEC อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ Séassau และคณะ³⁸ ได้พัฒนาแนวคิด Integrated developmental care (IDC) ใน NICU โดยศึกษาโปรแกรมการดูแลทางประสาทสัมผัสตามระดับของชนิดสิ่งเร้า (แบบเดี่ยวหรือหลายโหมด) และตามบทบาทของผู้ที่ปฏิบัติ (บุคลากร/มารดา) การใช้สิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสแบบเดี่ยว (ด้านการรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย รสชาติ กลิ่น) ช่วยลดภาวะหยุดหายใจและคำจูนสภาวะพื้นฐานทางสรีรวิทยาของทารก หรือหลายประสาทสัมผัส โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและตรวจพบภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลระยะยาวมากกว่า ช่วยให้ทารกดูตนเองได้ดี เพิ่มน้ำหนักตัว และปรับปรุงวงจรการนอน-ตื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Elsheshtawy และ Arafa³⁹ ระบุว่า การใช้แนวทาง “Wee Care” ซึ่งเน้นการตอบสนองต่อพฤติกรรมทารกแบบรายบุคคลและสนับสนุนความผูกพันแม่ลูก ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพฤติกรรมของทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Wang และคณะ³⁶ รายงานว่า การพยาบาลแบบคลัสเตอร์ต่อเนื่อง (Continuous clustered care) มีผลในการเพิ่มการเจริญเติบโต ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล และการศึกษาของ Maleki และคณะ⁴⁰ เน้นว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ของมารดาโดยพยาบาลมีผลโดยตรงต่อการยอมรับและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม (Family-centered developmental care)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด

กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยภาพรวมร้อยละ 82.69 มีค่าเฉลี่ย 4.33 (SD 0.33) โดยเฉพาะในเรื่องที่พยาบาลดูแลช่วยฝึกทักษะการให้นม และสนับสนุนเรื่องการให้นมแม่ได้อย่างเหมาะสม สะท้อนถึงการยอมรับรูปแบบฯ ของพยาบาลวิชาชีพเจ้าของไข้ ในภาพรวม อย่างไรก็ตาม มารดาร้อยละ 83.33 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด (4.08) ในด้านการลดความเจ็บปวดและความเครียด แม้จะมีคะแนนค่อนข้างสูง แต่เป็นคะแนนที่ต่ำที่สุดในชุดคำถาม การศึกษาครั้งต่อไปจึงอาจพิจารณาปรับเปลี่ยนความชัดเจนของรูปแบบในการจัดการความเจ็บปวดต่อไป

ผลกระทบของงานวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้เกิดการปรับระบบมอบหมายงานจากระบบ Functional และ Total care เป็น Primary nursing care ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลและความรับผิดชอบรายบุคคลของพยาบาล ตั้งแต่รับไว้จนจำหน่าย สร้างความสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารและพัฒนาความรู้ ทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มากขึ้น ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันในทุกมิติ ครอบคลุมองค์รวม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลที่ดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดสามารถนำรูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวมไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบท การวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้รูปแบบการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้ช่วยวิจัย ดร.หัสยาพร อินทยศ คุณศุภางค์ ดำเกียรธรรม คุณณัฐนันท์ สีเหลือง คุณกัญจน์ชยารัตน์ อุดคำมี และคุณนิษฐา แหวนคำ ที่มีส่วนร่วมสำคัญในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่ หัวหน้าพยาบาล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทั้งกุมารแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต หอผู้ป่วยหน่วยบริบาลทารกแรกคลอด ห้องคลอด หลังคลอด รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่ผู้วิจัยไม่ได้เอ่ยนามได้ทั้งหมดที่มีส่วนช่วยเหลือการดำเนินการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author contribution: Karaked Panturat – project administration, conceptualization, methodology, data curation, data analysis, drafting the manuscript, and manuscript revision; Sanyalak Suttana: conceptualization, data curation, data analysis, and review and editing; Chintana Chaitham: conceptualization, data curation, and writing and editing.

AI Use Disclosure: The authors declare that ChatGPT and Gemini were used only for editing purposes.

References

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

2. Ministry of Public Health. *Medical and health datawarehouse system* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/ecdbfc8b4725386c34623ce99f0f4b8d>
3. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Liu L, Black RE. Global burden of preterm birth. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–115.
4. Boel JA, van Puffelen E, Reiss IK, Verweij EJ. Premature birth and long-term respiratory outcomes. *Front Pediatr*. 2022;10:849050.
5. Johnson S, Marlow N, Stoltz S. Long-term outcomes in extremely preterm infants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(1):17–27.
6. Als H, McAnulty GB, Gilkerson L. Developmental care for preterm infants: A global perspective. *Early Hum Dev*. 2019;138:104854.
7. Susilaningsih FS, et al. Environmental stressors and growth hormone suppression in preterm infants. *J Neonatal Nurs*. 2019;25(4).
8. Zhang Y, Lyu T, Hu X, et al. Effects of developmental care on sleep and circadian rhythms in preterm infants. *Child*. 2023;12(6):961.
9. Phrae Hospital Information Center. *Patient statistics report for the neonatal intensive care unit: fiscal years 2022–2024*. Phrae (Thailand): Phrae Hospital; 2024.
10. Ammar O. Neonatal nursing and the specialized care. *Journal of Neonatal Studies*. 2023;6(2):32–34.
11. World Health Organization. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. Geneva: WHO; 2020. p.9–10, 30, 32, 98, 114.
12. World Health Organization. Standards for improving quality of care for small and sick newborns in health facilities [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Aug 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010765>.

13. Lyu T, Ye R, Li LL, Zhang LL, Xiao J, Ma YL, et al. The effect of developmental care on the length of hospital stay and family centered care practice for very low birth weight infants in neonatal intensive care units: A cluster randomized controlled trial. *J Glob Health*. 2025;15:04168. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104784> PMID: 38788261
14. Broom M, Briguglio L, Lowe P, Muirhead R, Jyoti J, Ng L, et al. Mapping neonatal nursing interventions that significantly impact on neonatal outcomes to neonatal practice standards. *Journal of Neonatal Nursing*. 2025 Feb 1;31(1):196–205. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184124001704>
15. Winkler AE, Chou JH, West E, Bleiler C, Bell J, Gilbert J, et al. Prevention of NICU admission hypothermia in moderate- and late-preterm infants. *Pediatrics*. 2024;154(3):e2023065117. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-065117> PMID: 39169849
16. Rangelova VR, Raycheva RD, Kevorkyan AK, et al. Ventilator-associated pneumonia in neonates admitted to a tertiary care NICU in Bulgaria. *Diagnostics*. 2024;14(3).
17. Quigley M, Embleton ND, Meader N, McGuire W. Donor human milk for preventing necrotising enterocolitis in very preterm or very low-birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;Issue 9: CD002971. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002971.pub6>
18. Weng Y, Zhang J, Chen Z. Effect of non-pharmacological interventions on pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Pediatrics*. 2024; 24:9. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04488-y>
19. Lopes TCP, Vieira AG, Cordeiro SA, et al. Effectiveness of non-pharmacological interventions in reducing pain in preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Pediatr Nurs*. 2024 [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.00127>.
20. American Academy of Pediatrics. Management and prevention of hyperbilirubinemia in the newborn infant ≥ 35 weeks of gestation [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 16]. Available from: <https://www.aap.org>.
21. Kemper AR, et al. Management of hyperbilirubinemia in neonates 35 weeks or more: AAP guidelines update. *Pediatrics*. 2022.
22. Arya S, Marrone J, Silva CA, et al. Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;Issue 9:CD003850.
23. American Academy of Pediatrics. Immediate Kangaroo Mother Care (iKMC) [Internet]. 2023 Jun 3 [cited 2025 Aug 11]. Available from: <http://www.aap.org/cn/aap-global/immediate-kangaroo-mother-care-ikmc>
24. Edwards JD, Griffiths JL, Schumaker A, Thammasitboon S, Shrivastava V, Srinivasan V, et al. Continuity strategies for long-stay PICU patients: Consensus statements from the Lucile Packard Foundation PICU continuity panel. *Pediatr Crit Care Med*. 2023 Nov;24(11):890–900. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003334>.
25. Franck LS, O'Brien K. The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*. 2019;111:1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521> PMID: 31115181
26. Chen S, Shen H, Jin Q, Zhou L, Feng L. Family-centered care in the neonatal intensive care unit: a meta-analysis and systematic review of outcomes for preterm infants. *Front Pediatr*. 2023;11:1107021. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1107021>.
27. Brown K, Wilson J. The impact of holistic nursing models on neonatal outcomes. *J Adv Neonatal Pract*. 2023;7(2):23–35.
28. Gottfried C, Johnson S, Tan A. Early interventions and neurodevelopment in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2023;65(2):127–134.

**การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดแบบองค์รวม เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต
และลดภาวะแทรกซ้อนในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต**

29. Ballard JL, Khoury JC, Wedig KL, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. The Journal of pediatrics. 1991 Sep 1;119(3):417–23.
30. Chan N. *Sample size calculation for health science research*. 1st ed. Khon Kaen (Thailand): Khon Kaen University Press; 2021.
31. Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 5th ed. Duxbury: Thomson Learning; 2000. p. 3845.
32. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in nursing & health. 2006 Oct;29(5):489–97.
33. Brouwers MC, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. 2010.
34. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI manual for evidence synthesis [Internet]. Adelaide (Australia): Joanna Briggs Institute; 2020. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>.
35. Firmino C, Rodrigues M, Franco S, Ferreira J, Simões AR, Castro C, Fernandes JB. Nursing Interventions That Promote Sleep in Preterm Newborns in the Neonatal Intensive Care Units: An Integrative Review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(17):10953. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710953>
36. Wang H, Zhang Y, Liu X, Wang Y, Shi J, Yin T, et al. The effect of continuous clustered care on the physical growth of preterm infants and the satisfaction with the nursing care. Am J Transl Res. 2021;13(6):7376–7381
37. Coughlin M, Gibbins S, Hoath S. Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. J Adv Nurs. 2009;65(10):2239–2248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
38. Séassau A, Munos P, Gire C, Tosello B, Carchon I. Neonatal Care Unit Interventions on Preterm Development. Children (Basel). 2023;10(6):999. <https://doi.org/10.3390/children10060999>
39. Elsheshtawy E, Arafa M. Effects of “Wee Care” developmental supportive care on preterm infants’ growth and neurobehavioral outcomes. J Neonatal Nurs. 2022;28(5):475–481. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.03.005>.
40. Maleki M, Karimollahi M, Qasemi S. Maternal emotional support and participation in NICU care: Impact on preterm infant outcomes. Iran J Neonatol. 2022;13(2):44–50. <https://doi.org/10.22038/IJN.2022.58122.2039>.

การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล: ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21

สุรีย์ ธรรมิกบวร ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)¹

ประณีต ส่งวัฒนา Ph.D. (Nursing)²

บทคัดย่อขยาย

ในยุศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพโลก ทั้งในด้านโครงสร้างประชากร ความซับซ้อนของปัญหาทางสังคมและความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อระบบบริการสุขภาพ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เป็นทักษะหนึ่งที่มีความสำคัญในการประเมิน ค้นหาปัญหา และวางแผน การพยาบาล เน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ ดังนั้น พยาบาลเป็นหนึ่งในผู้ให้บริการที่ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนปัจจัยสำคัญในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม การประเมินวัฒนธรรมการสื่อสารของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร ทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล และ 2) นำเสนอแนวปฏิบัติในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล ปัจจัยสำคัญในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้รับสาร ได้แก่ ความพร้อมด้านร่างกาย ทักษะด้านภาษา ทศนคติ ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับ ประเด็นที่สื่อสาร และทักษะในการฟัง 2) ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร ได้แก่ ความสามารถทางภาษา ความเข้าใจ ในวัฒนธรรม ทศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่มีความต่างทางวัฒนธรรม และสมรรถนะทางวัฒนธรรมหรือ ความไวทางวัฒนธรรม และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการสื่อสาร บรรยากาศ ในการสนทนา พลังในการสร้างบรรยากาศที่ดี และการสัมผัส พยาบาลควรมีความสามารถดังนี้ 1) การประเมินวัฒนธรรมการสื่อสารของผู้ส่งและผู้รับสาร ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจในด้านสุขภาพ ความเชื่อในการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูล ความเชื่อเกี่ยวกับการประสานสายตา และการให้ความหมายด้านเวลา และ 2) ทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล เพื่อให้เกิด ความเข้าใจในการดูแลผู้ที่มีความต่างวัฒนธรรมประกอบด้วย ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ทักษะการตรวจสอบ ความเข้าใจ ทักษะการประเมินย้อนกลับ ทักษะการสนทนาแบบมีเป้าหมาย ทักษะการเป็นกระจะกะสะท้อน ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการเปิดเผยตนเอง และทักษะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด แนวปฏิบัติในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินความเชื่อต่อบุคคลที่มีความต่างทางวัฒนธรรม 2) การประเมินปัจจัยที่อาจมีผลหรือเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย 3) การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล 4) การปรับวิธีการสื่อสารให้สอดคล้องกับความต้องการ และพื้นฐานทางวัฒนธรรม 5) การสื่อสาร 6) วิธีการสื่อสารในการให้ข้อมูลหรือสอน 7) ท่าทีที่ใช้ในการสื่อสาร 8) การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม 9) การใส่ใจและติดตามผลเป็นระยะ และ 10) การใช้ล้ามเพื่อเสริมความเข้าใจในเนื้อหาเพื่อการสื่อสาร นอกจากนี้ บางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้ล้าม

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา E-mail: Suree.t@nrru.ac.th

²รองศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

เพื่อเสริมความเข้าใจในเนื้อหามากขึ้น การพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถเป็นล่ามได้ด้วยตนเอง จะส่งผลดีต่อคุณภาพการดูแลเพราะพยาบาลมีความเข้าใจการเจ็บป่วย ทั้งนี้การทำงานร่วมกับล่ามล่ามต้องมีมาตรฐานจริยธรรมของล่าม และกำหนดแนวทางการทำงานร่วมกับล่ามให้ชัดเจน การพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญอย่างยิ่ง ข้อเสนอแนะมีดังนี้ 1) หน่วยงานควรจัดให้มีการอบรม (Inservice education) เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับพยาบาล ทั้งด้านทักษะทางภาษา ความเข้าใจทางวัฒนธรรม และการฝึกฝนทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง 2) การใช้แอปพลิเคชันช่วยในการสื่อสารและต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของสื่ออื่นๆ เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

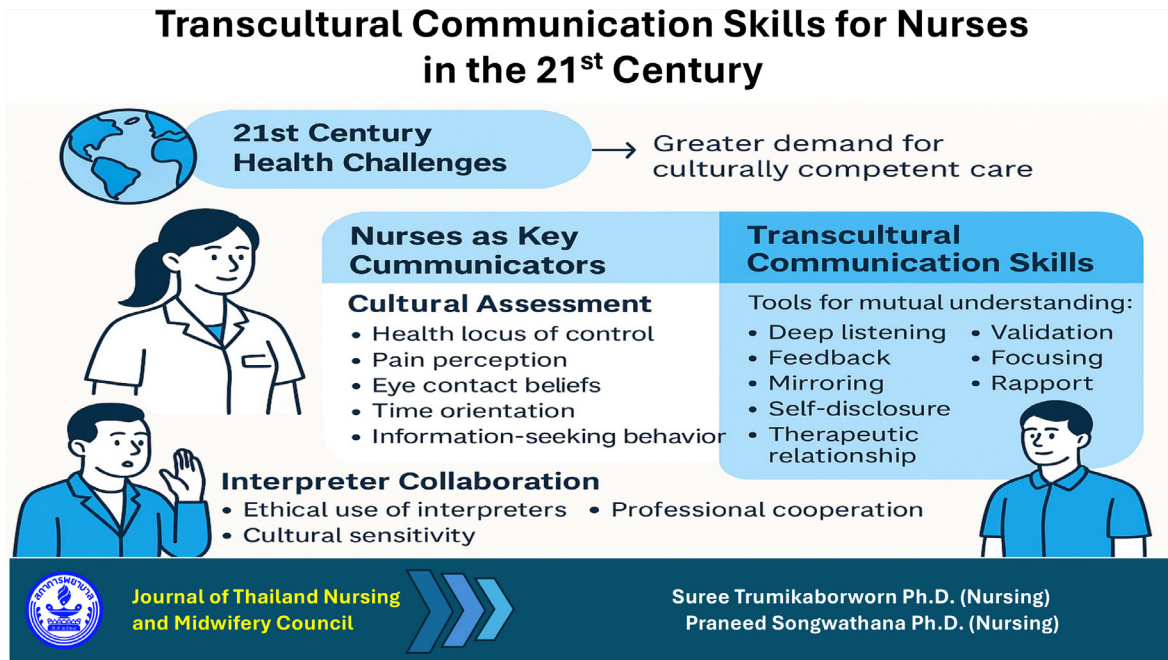
คำสำคัญ แนวปฏิบัติในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล การประเมินวัฒนธรรมของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล จริยธรรมของการเป็นล่ามแปลภาษา

วันที่ได้รับ 13 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 8 มิ.ย. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 5 ส.ค. 68

Transcultural Nursing Communication: Essential Skills in the 21st Century

Suree Trumikaborworn Ph.D. (Nursing)¹

Praneed Songwathana Ph.D. (Nursing)²



Extended Abstract

In the 21st century, global health has been characterized by profound transformations, including demographic shifts, the increasing complexity of social problems, and growing cultural diversity, which directly influence healthcare systems. Within this context, cross-cultural communication has become a critical competency for nurses, enabling them to 1) assess, 2) identify problems, and 3) plan nursing care that is responsive to the needs of service users. As frontline providers, nurses must possess a deep understanding of cross-cultural communication to ensure effective and equitable care delivery. This article, therefore, aims to: 1) review key factors influencing cross-cultural communication, including the assessment of communication culture between senders and receivers and the essential skills required for nursing practice; and 2) propose practical guidelines for its application. Cross-cultural communication is shaped by multiple dimensions: 1) receiver-related factors, including physical readiness, language proficiency,

¹Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand; Email: Suree.t@nrru.ac.th

²Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkla Province, Thailand

attitudes, knowledge and experience related to the subject matter, and listening skills; 2) sender-related factors, including language ability, cultural understanding, positive attitudes toward caring for people from diverse backgrounds, and cultural competence or sensitivity; and 3) environmental factors, such as the communication setting, conversational atmosphere, the ability to foster a positive environment, and touch. Nurses should demonstrate competencies in two major areas: 1) assessing the communication culture of both senders and receivers, taking into account beliefs about health authority, emotional expression, information-seeking behaviors, eye contact, and perceptions of time; and 2) applying cross-cultural communication skills in practice, including deep listening, validation, feedback, focusing, mirroring, rapport, self-disclosure, and therapeutic relationship. Guidelines for effective cross-cultural nursing communication include: 1) assessing the beliefs of people from diverse cultural backgrounds; 2) identifying factors that may influence or hinder communication between nurses and patients; 3) planning and implementing nursing interventions; 4) adjusting communication methods to align with cultural needs and backgrounds; 5) delivering information and education through culturally appropriate strategies; 6) employing suitable communication techniques and attitudes; 7) monitoring and following up regularly; 8) utilizing interpreters to enhance understanding when necessary; 9) ensuring attentiveness and continuity of communication; and 10) collaborating with interpreters under clear ethical standards and protocols. Enhancing nurses' cross-cultural communication competence is a vital strategy for improving the quality of nursing care in the 21st century. Recommendations are as follows: 1) institutions should provide in-service education to prepare nurses in language proficiency, cultural understanding, and problem-solving skills related to cultural differences, which are expected to increase continuously; and 2) communication applications may be used to support practice, though their limitations must be carefully considered to prevent errors in patient care.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 143-156

Keywords guidelines for transcultural nursing communication/ transcultural assessment of the sender and receiver/ transcultural nursing communication skills/ ethical principles of interpreter

Received 13 May 2025, Revised 8 June 2025, Accepted 5 August 2025

บทนำ

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (transcultural nursing) หรือการพยาบาลต่างวัฒนธรรม มีความสำคัญที่เด่นชัดมากขึ้นในศตวรรษที่ 21 และเป็นทักษะทางด้านศิลปะการสื่อสาร (soft skill) ที่สำคัญในยุคที่ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence, AI) ไม่สามารถแทนที่ได้ ซึ่งเป็นความสามารถเชิงสมรรถนะที่มีส่วนสำคัญในการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี พร้อมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นทักษะในการให้การพยาบาลผู้ใช้บริการทุกกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเพศสภาพ กลุ่มวัย กลุ่มเชื้อชาติ และกลุ่มวัฒนธรรม ทั้งที่อยู่ในกลุ่มที่มีวัฒนธรรมเฉพาะของตน และกลุ่มที่มีวัฒนธรรมแตกต่างไปจากตนหรือเป็นกลุ่มคนที่ต่างชาติพันธุ์ ดังนั้น การพยาบาลผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้พยาบาลต้องมีทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมหรือต่างวัฒนธรรม (transcultural communication) เพื่อให้สามารถเข้าใจผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม การสื่อสารเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อการพยาบาล โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัย จากการมีชาวต่างชาติต่างภาษา และต่างวัฒนธรรม มารับบริการมากขึ้น¹⁻² การสื่อสารซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม จึงเป็นสาระสำคัญที่พยาบาลต้องให้ความสำคัญ เพราะสมรรถนะการสื่อสารคือการเปิดโอกาสให้การดูแลมีความเข้าใจในวัฒนธรรม สามารถประเมินปัญหา ความต้องการการดูแล นำมาสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกัน และหากสื่อสารไม่ได้จะเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการและการตัดสินใจรับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม³⁻¹⁰

จากปรากฏการณ์ที่มีผู้ป่วยจากประเทศในอาเซียนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแถบชายแดนหรือจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์ ทำให้มีผู้รับบริการหลายเชื้อชาติและหลายวัฒนธรรมเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนของไทยมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹⁻² พยาบาลจึงควรมีการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะการสื่อสารที่สามารถสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารนอกเหนือจากความสามารถในการใช้ภาษาพูดแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับภาษากายหรือท่าทาง การแสดงออกด้วย เพื่อการตีความและความเข้าใจที่ตรงกันหรือลดข้อขัดแย้งที่ไม่ควรเกิดขึ้น ดังนั้น การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมในทางการพยาบาลพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะพื้นฐานการสื่อสารและปัจจัยที่อาจมีผลต่อการสื่อสารกับคนต่างวัฒนธรรม การใช้หรือไม่ใช้ล่าม การทำงานกับล่าม องค์กรควรมีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม อบรมให้มีความเข้าใจในข้อจำกัดในการใช้ล่าม เป็นต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ทบทวนปัจจัยสำคัญในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม การประเมินวัฒนธรรมการสื่อสารของผู้ส่งสารและผู้รับสาร ทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล และ 2) นำเสนอแนวปฏิบัติในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล

ปัจจัยสำคัญในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม

การสื่อสารมีองค์ประกอบสำคัญสามประการคือ ผู้ส่งสาร ช่องทางการสื่อ และผู้รับสาร (ผู้ฟัง) แต่ในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม พยาบาลควรตระหนักถึงปัจจัยสามประการที่จะมีผลต่อการรับรู้ตีความ เพราะพยาบาลเป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร จึงควรประเมินและเตรียมความพร้อมในประเด็นต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านผู้รับสาร ความพร้อมด้านผู้ฟังทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Receiver)

1.1 ความพร้อมด้านร่างกาย มีความเจ็บปวด หรืออ่อนเพลีย ความพร้อมด้านจิตใจ และด้านอารมณ์มีความวิตกกังวล กลัว สับสน เพราะสภาวะความไม่พร้อมดังกล่าวจะทำให้การฟังไม่ครบถ้วน หรือตีความผิดพลาดได้

1.2 ความสามารถ ทักษะด้านภาษา ความสามารถรับรู้ความหมายศัพท์ทางการแพทย์ ความสามารถพูดสื่อสารภาษาอังกฤษ หรือภาษาไทย

1.3 ทศนคติ ความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับประเด็นที่กำลังสื่อสาร

1.4 ทักษะในการฟัง และให้ความหมายคุณค่า ต่อสิ่งที่กำลังสื่อสาร

2. ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร คือพยาบาลและบุคคลากรที่ร่วมสนทนาหรือผู้ส่งสาร (Sender)

2.1 ความสามารถทางภาษาอังกฤษหรือภาษาที่ต่างไปจากภาษาหลักที่ใช้

2.2 ความเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้ร่วมสนทนา

2.3 ทศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่มีความต่างทางวัฒนธรรม

2.4 สมรรถนะทางวัฒนธรรมหรือความไวทางวัฒนธรรม

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

3.1 สภาพแวดล้อมของการสื่อสาร สิ่งดึงดูดความสนใจในการสื่อสาร การจัดสถานที่ให้มีความพร้อมและเหมาะสม

3.2 บรรยากาศในการสนทนามีความผ่อนคลาย ความอบอุ่นเป็นมิตร การสร้างบรรยากาศในการประชุม ควรเริ่มที่การสร้างสัมพันธ์ภาพในการเริ่มต้นสนทนา

3.3 การมีอารมณ์ขัน การหัวเราะเป็นพลัง ในการสร้างบรรยากาศที่ดี อย่างไรก็ตามควรประเมินความเหมาะสม สังเกตปฏิกิริยาของผู้ร่วมสนทนา ร่วมด้วยว่าเป็นไปในทิศทางใด ผ่อนคลายมากขึ้น หรือ

ยังมีสีหน้าสงสัย กังวล ระมัดระวังการเข้าใจผิดที่จะเกิด จึงควรประเมินจังหวะที่เหมาะสม

3.4 การสัมผัส เป็นการสร้างบรรยากาศ ในการสนทนาให้ผู้ป่วยอบอุ่น ผ่อนคลาย มักใช้ในการสนทนาในวัฒนธรรมตะวันตก แต่การสัมผัสในวัฒนธรรมเอเชียอาจไม่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้ในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์ เพราะการสัมผัสสามารถตีความได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ในทางบวก เช่น เป็นการสร้างความเชื่อมโยงผูกพันระหว่างผู้สนทนาให้ใกล้ชิด เป็นกันเองมากขึ้น หรือตอกย้ำยืนยันในสิ่งที่สนทนาขณะพูด หรือแสดงถึงการปกป้อง ให้ความมั่นใจจริงจัง ในทางลบ เช่น หากใช้การสัมผัสกับผู้ที่ไม่คุ้นเคย ธรรมเนียมการสัมผัส อาจมองว่าเป็นการก้าวล่วง หรือการแสดงความเห็นอกว่า หรือเกี่ยวข้องกับด้านเพศ เป็นต้น¹¹

การประเมินวัฒนธรรมการสื่อสารของผู้ส่งสาร และผู้รับสาร

วัฒนธรรมเป็นแหล่งสำคัญที่สุดของความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย วัฒนธรรมถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และคำอธิบายเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ จากรุ่นสู่รุ่น ศรัทธาและความเชื่อทางจิตวิญญาณ มักอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วย เช่น เป็นการลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ดังนั้นแนวทางการรักษาจึงเป็นเรื่องของการสวดมนต์ ทำพิธีกรรม เป็นต้น การประเมินก่อนวางแผนการพยาบาล พยาบาลควรประเมินความพร้อมตนเองก่อนเสมอ เพราะทศนคติ มุมมองความเชื่อ หรือวัฒนธรรมของพยาบาล มีผลต่อการสื่อสาร ทั้งในรูปแบบการสื่อสารเพื่อการประเมิน หรือการสื่อสารเพื่อการพยาบาล ดังนั้น พยาบาลทั้งในฐานะผู้ส่งสารและผู้รับสารจะต้องตระหนักและประเมินวัฒนธรรมทั้งของตนเองและผู้อื่นก่อนเสมอในประเด็นต่าง ๆ¹²⁻¹⁴ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจในด้านสุขภาพ เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิต ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจภายในตน หรือเชื่ออำนาจภายนอกตน (Health locus of control) ความเชื่ออำนาจในด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมในหลายประการ 1) มีทั้งความเชื่ออำนาจภายใน (Internal health locus of control) มุ่งเน้นความเป็นปัจเจกนิยม ให้ความสำคัญอิสระในการพึ่งพาตนเอง วัฒนธรรมนี้พบได้ในกลุ่มชาวตะวันตก วัฒนธรรมเหล่านี้ส่งเสริมให้คนรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองดี 2) ความเชื่อในอำนาจภายนอก (Powerful others health locus of control) เป็นวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวพบได้ในหลายวัฒนธรรมโดยเฉพาะวัฒนธรรมในแถบเอเชียและลาตินอเมริกา ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพ ผู้ป่วยอาจเชื่อว่าสุขภาพของตนอยู่ภายใต้การตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว เช่น สตรีจีนต้องการมีบุตรสองคน แต่บุตรสองคนเป็นเพศหญิง สามีต้องการบุตรชาย สตรีผู้นั้นจึงต้องให้กำเนิดบุตรชายเพิ่มตามความต้องการของครอบครัว 3) อำนาจจากโชคชะตาและโอกาส (Chance health locus of control)¹⁵ บางวัฒนธรรมมีความเชื่อทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ อธิบายความเจ็บป่วยเป็นผลจากโชคชะตากรรมหรือการลงโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ซึ่งมักพบในชาวตะวันออกมากกว่าตะวันตก การปฏิเสธการรับเลือด ผู้ป่วยจะไม่ยอมรับการให้เลือดเพราะไม่ตรงกับความเชื่อของตน หรือการไม่ยอมรับการคุมกำเนิด เพราะขัดกับหลักศาสนา การถือศีลอดในผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ป่วยเบาหวาน สิ่งเหล่านี้พยาบาลต้องวางแผนในการดำเนินการให้สอดคล้องเหมาะสม ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ¹⁶

2. ความเชื่อในการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความเชื่อในการแสดงออกต่อความปวด เชื่อในเรื่องการแสดงออกหรือไม่แสดงออก เพราะจะนำมาสู่

การประเมินและแสดงออกต่อผู้ป่วย หากพยาบาลเชื่อว่าเมื่อปวดต้องแสดงออก แต่ผู้ป่วยที่พยาบาลประเมินไม่เชื่อในการแสดงออกนั้น โดยมองว่าเป็นเรื่องอ่อนแอ ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยจะไม่แสดงออก ดังนั้นจะส่งผลต่อการประเมิน หากพยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรม อาจประเมินผลความเจ็บปวดต่ำกว่าความเป็นจริงได้ เช่น ในวัฒนธรรมชาวลาวจะอดทนต่อความปวด¹⁷ เป็นต้น

3. พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูล โดยการถามโดยตรง หรือการแสวงหาข้อมูลโดยการถามแบบอ้อม จะมีผลต่อท่าทีและการตอบสนองของผู้ป่วย เพราะในบางวัฒนธรรม หากถามตรง ๆ ทันทิอาจรู้สึกและตีความว่าเป็นการคุกคามได้ จึงควรระมัดระวังในการถาม เช่น การถามเรื่องสุขภาพทางเพศ ในวัฒนธรรมตะวันออก เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่นำมาพูดคุยอย่างเปิดเผย การจะซักถามควรได้พูดคุยให้เข้าใจก่อนว่ามีวัตถุประสงค์ หรือมีความจำเป็นต้องสอบถามไปเพื่อประเมินและเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยในประเด็นใด

4. ความเชื่อเกี่ยวกับการประสานสายตา จะมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมแถบเอเชียส่วนใหญ่มีมุมมองว่าการประสานสายตาโดยตรงขณะสนทนาตลอดเวลา เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่สุภาพ ซึ่งต่างจากวัฒนธรรมของชาวอเมริกันที่มีมุมมองว่า การประสานสายตาสขณะสนทนาเป็นสิ่งที่แสดงความจริงใจ เปิดเผย ดังนั้นในการสนทนากับผู้ที่ต่างวัฒนธรรม ควรประเมินก่อนเพื่อจะได้ระมัดระวังในขณะสนทนา

5. การให้ความหมายด้านเวลา โดยเน้นการตรงต่อเวลานาน้อยเพียงใด ให้ความหมายกับอดีต ปัจจุบัน อนาคต เป็นอย่างไร ในบางวัฒนธรรม เช่นแถบเอเชีย ให้ความสำคัญกับเวลาของความสัมพันธ์มากกว่าการตรงเวลาตามนาฬิกา ดังนั้นอาจพบการไม่ตรงเวลาในกลุ่มนี้ได้ หรือการให้ความหมายกับเวลา

อนาคตที่เกี่ยวข้องกับปัจจุบัน เช่น การให้ความสนใจในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพมาก หากพยาบาลเชื่อในสิ่งใดจะนำสิ่งนั้นไปตัดสินผู้ป่วยได้ เช่น พยาบาลให้ความสนใจในการวางแผนการออกกำลังกายเพราะเชื่อว่าหากตั้งใจออกกำลังกายในปัจจุบันจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีในอนาคต หรือหากผู้ป่วย ผู้รับบริการ ไม่ให้ความสำคัญกับการตรงเวลา จะยึดหยุ่นกับตนเอง จนกระทบต่อแผนการออกกำลังกาย หรือการปฏิบัติตนตามที่พยาบาลให้คำแนะนำ เช่น คิดว่า ไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตรงเวลา ตามแนะนำ และยืดหยุ่นกับตนเองในเรื่องเวลามาก จะส่งผลต่อการดูแลรักษาได้ การประเมินตนเองของพยาบาลจะทำให้ตระหนักและนำสู่การตัดสินแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อไป

ทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการแพทย์พยาบาล

ในการดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะสำคัญในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ^{12-13,18-21} ดังนี้

1. ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Deep listening) จะช่วยให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในวัฒนธรรมที่แตกต่างและผู้ดูแลไม่คุ้นเคย การรับฟังข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตั้งใจ แสดงความสนใจตั้งใจที่จะรับฟังเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล การฟังอย่างตั้งใจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความจริงใจในการเรียนรู้ที่จะเข้าใจเพื่อนำข้อมูลมาดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะบอกเล่า ยินดีที่จะให้ข้อมูล และพยายามที่จะสื่อสารมากขึ้น นอกจากนี้จะต้องไม่ตัดสินผู้ป่วยขณะฟังอย่างตั้งใจ นั่นคือตั้งใจฟังอย่างเป็นกลาง

2. ทักษะการตรวจสอบความเข้าใจ (Validation) ในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่เข้าใจจะตรงกับที่ผู้ป่วยพูด

หรือไม่ ให้ทวนซ้ำ เช่น “จากที่ได้รับฟังผู้ป่วยพูด ได้ความเข้าใจดังนี้...เข้าใจถูกต้องไหมคะ”

3. ทักษะการประเมินย้อนกลับ (Feedback) ในกรณีพบว่าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ให้ระมัดระวังการสื่อสารไม่ให้เป็นการตำหนิ แต่ควรเป็นการค้นหาปัญหาร่วมกัน โดยการสะท้อนพฤติกรรมที่พบให้ผู้ป่วยทราบ เช่น หากต้องการสะท้อนเรื่องอาหาร ให้ระบุโดยตรงไปที่อาหาร ให้ข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจ และใช้วิธีการสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจดจำเหตุการณ์และพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

4. ทักษะการสนทนาแบบมีเป้าหมาย (Focusing) การมุ่งไปที่ละประเด็นจะทำให้ไม่เกิดความสับสน และสื่อสารได้ตรงเป้าหมายอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจได้ทันในที่ละประเด็น ควรมีเวลาเพียงพอและกำหนดเป้าหมายเวลาในการสนทนา ควรแจ้งวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยทราบตั้งแต่แรกเริ่มมีการสนทนา

5. ทักษะการเป็นกระจกสะท้อน (Mirroring) เทคนิคการเป็นกระจกสะท้อน จะช่วยให้การสื่อสารนั้นลื่นไหล เช่น หากคู่สนทนาพูดซ้ำ เบา การพูดของผู้ส่งสารหรือผู้พูดควรปรับตามคู่สนทนา หรือหากผู้ป่วยมีศัพท์เฉพาะเรียกการเจ็บป่วยของตนอย่างไร ควรเรียกชื่อตามคำพูดหรือคำศัพท์นั้น

6. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการใช้คำถามง่าย ๆ เป็นคำถามทั่วไป ประกอบกับการใช้ท่าทางที่ผ่อนคลาย ยิ้มแย้มแจ่มใส อยู่ในสถานะเท่าเทียมกัน ไม่มีท่าทางที่เหนือกว่า การประสานสายตาดตามวัฒนธรรมของคู่สนทนา เช่นการประสานสายตา และละสายตาเป็นช่วงๆไม่จ้องตลอดเวลา

7. ทักษะการเปิดเผยตนเอง (Self-disclosure) จะทำให้มีความใกล้ชิดสร้างความไว้วางใจในการสนทนา

มากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยกล้าบอกเล่ามากขึ้นเช่น ผู้ป่วยบอกเล่าว่านอนหลับยากเวลามีเรื่องกังวล พยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนในประสบการณ์ใกล้เคียงได้แต่ระวังไม่หลงประเด็นหรือพูดแต่เรื่องตนเอง หรือกรณีแรงงานข้ามชาติอาจมีความไม่มั่นใจในการแสดงออก หากพยาบาลได้ยกตัวอย่างเปิดเผยให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่แสดงออกได้ จะทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น¹⁶

8. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic relationship) เช่น ใช้การสัมผัสเพื่อการสื่อสารขึ้นกับสภาพแวดล้อมทำที่บรรยากาศในขณะสนทนามีผลต่อการตีความของผู้ป่วยและครอบครัว ทำที่ที่สุภาพเป็นทำที่ที่เป็นสากล และควรบอกกล่าวเพื่อขออนุญาตก่อน เช่น หากพยาบาลเชื่อในการสัมผัส เชื่อในพลังการกอดจะช่วยเยียวยา ลดความวิตกกังวล ควรบอกเล่าวัตถุประสงค์และที่มาของการสัมผัส รวมทั้งขออนุญาต และถามความต้องการของผู้ป่วยก่อน อย่างไรก็ตาม ควรมีความระมัดระวังในกรณีใช้การสัมผัสกับเพศตรงข้าม ควรพิจารณามากขึ้น และอาจสัมผัสเฉพาะมือเพื่อสื่อถึงความเข้าใจหรือเห็นใจ

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เป็นทักษะที่ควรเน้นโดยเฉพาะ ในการพบกันครั้งแรกของพยาบาลและผู้ป่วย ควรสื่อสารอย่างช้า ๆ และใช้เวลาในการตอบรับ ศึกษาการเรียกค่านามน์ตามวัฒนธรรมที่ถูกต้อง เช่น การใช้คำว่า “คุณ” นามน์ไม่ใช้สรรพนามที่เป็นการนับญาติ เพราะในบางคนไม่ยินดีให้เรียก ย่า/ยาย ป้า/ลุง หลีกเลี่ยงการพูดแทรกกลาง ถามคำถามเพื่อความชัดเจน จัดสรรเวลาให้เพียงพอต่อการสนทนาไม่รีบเร่ง รีบร้อน รับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำที่ผู้ป่วยคุ้นเคย แจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าสามารถสอบถามได้เสมอไม่ต้องกังวล หรือเกรงใจ ความเจ็บที่เกิดในขณะสนทนาเกิดขึ้นได้ อาจเป็น

ช่วงเวลาในการทบทวนความคิด หรือในบางครั้งเป็นการปกปิดข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้การสังเกตร่วมด้วย และในบางครั้งพยาบาลอาจเฝ้าระวังเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เริ่มสนทนาเอง นอกจากนี้การใช้ภาษาพูด ภาษาท่าทาง ในบางวัฒนธรรมอาจมีการตีความภาษาท่าทางที่แตกต่างกัน เช่น การแสดงออกต่อความเจ็บปวดชาวลาวจะมีความอดทน¹⁷ ดังนั้นในกรณีที่มีความไม่มั่นใจในคำตอบที่เป็นภาษาพูด อาจถามใหม่ให้ชัดเจนอีกครั้งหรือมีเกณฑ์ประเมินที่ชัดเจน ทักษะการสื่อสารสามารถพัฒนาได้จากความตั้งใจที่ต้องการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลควรให้ความสำคัญในการเรียนรู้ ภาษา และวัฒนธรรมของผู้มารับบริการเพื่อให้สามาถตีความและสื่อสารได้ชัดเจน

แนวปฏิบัติในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะมีการสื่อสารกับผู้ป่วยตลอดเวลาตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพจนถึงการประเมินผลหลังให้การพยาบาล ภาษาเป็นตัวกลางสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ในผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่ใช้ภาษาเดียวกัน วัฒนธรรมเดียวกันอาจไม่มีอุปสรรคในการทำ ความเข้าใจ แต่การนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความต่างทางวัฒนธรรม จำเป็นต้องมีศิลปะในการสื่อสาร แนวปฏิบัติในการสื่อสารนี้ผู้เขียนได้จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นนำมาวิเคราะห์กำหนดในประเด็นสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ²²⁻²³ ดังนี้

1. การประเมินความเชื่อของตนเองต่อบุคคลที่มีความต่างทางวัฒนธรรม พยาบาลต้องตระหนักถึงความเชื่อที่มีของตนเอง เพื่อการเข้าใจตนเองและ

เข้าใจผู้อื่น โดยไม่ใช้ความเชื่อของตนเองไปตัดสิน หรือทำให้เกิดทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นตามความคิด ความเชื่อของตน ดังนั้น พยาบาลต้องมีใจเปิดกว้าง ยอมรับ

2. การประเมินปัจจัยที่อาจมีผลหรือเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ต้องระลึกไว้เสมอว่า ผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์ และสร้างสัมพันธภาพที่ดี

3. การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล ต้องให้ความสำคัญสอดคล้องกับความต้องการในการสื่อสาร และพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เล่าหรือบอกกล่าว มุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพ วัฒนธรรมที่มีผลเกี่ยวเนื่องต่อสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติและปรับปรุงแผนตามความจำเป็นที่เหมาะสม

4. การปรับวิธีการสื่อสารให้สอดคล้องกับความต้องการและพื้นฐานทางวัฒนธรรม พยายามลดความรู้สึกลัว วิตกกังวล และสับสนของผู้ป่วย แสดงท่าทีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้การระมัดระวังในการอภิปรายเรื่องของผู้ป่วยต่อผู้อื่น เพราะบางวัฒนธรรมต้องการรักษาความเป็นส่วนตัวมาก

5. การสื่อสาร ควรเลือกใช้คำที่ใช้ในวัฒนธรรมของผู้ป่วย เช่นการเรียก “การตรวจหามะเร็งเต้านม” แต่ผู้ป่วยหรือชุมชนเรียก “การตรวจสุขภาพเต้านม” ควรใช้คำเดียวกับที่ผู้ป่วยเรียกหรือใช้กันบ่อยในกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เฉพาะหรือศัพท์เทคนิค

6. วิธีการสื่อสารในการให้ข้อมูลหรือสอน ควรใช้การสื่อสารสองทางมากกว่าทางเดียว ส่วนการสื่อสาร โดยให้อ่านหรือการสื่อสารผ่านเอกสาร อาจใช้เสริมหรือใช้เฉพาะบางกลุ่ม และหัวใจสำคัญคือการเลือกวิธีการสื่อสารที่สอดคล้องกับที่ผู้ป่วยต้องการ

7. ท่าทีที่ใช้ในการสื่อสาร การสื่อสารด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและสุภาพ สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การเริ่มสนทนา ควรใช้คำถามทั่วๆ ไป ก่อนที่จะถามตรง ๆ ในเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มคนเอเชีย

8. การใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น การเลือกจังหวะการสนทนา คุณภาพเสียง การเลือกใช้คำ การเลือกใช้เทคโนโลยีช่วยเสริมการสื่อสารได้ โดยพิจารณาเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับเนื้อหา

9. การใส่ใจและติดตามผลเป็นระยะ ทั้งในระหว่างและสิ้นสุดการสนทนา อาจใช้ฟังอย่างตั้งใจ การสังเกตภาษากายร่วมด้วยและมีความไวต่อการแสดงออก และตรวจสอบความเข้าใจจากสีหน้า ท่าทาง จะมีเพียงบางท่าทางเท่านั้นที่อาจสื่อไม่ตรง เช่น การยิ้มในบางวัฒนธรรม อาจแปลความหมายเป็นการยิ้มกลบเกลื่อน บางครั้งเป็นการยิ้มปลอบใจตนเอง เป็นต้น การสังเกต การตั้งใจรับฟังจึงเป็นเครื่องมือที่ดีที่ช่วยในการสนทนา

10. การใช้ลำโพงเพื่อเสริมความเข้าใจในเนื้อหาเพื่อการสื่อสาร กรณีที่จำเป็นต้องใช้ลำโพง ควรประเมินความต้องการใช้ลำโพงของผู้ป่วย และประสานกับลำโพงให้พร้อม ถ้าลำโพงเป็นเพศเดียวกัน จะมีความเหมาะสมในกรณีต้องเกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านเพศ

พยาบาลกับการใช้ลำโพงในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม

การใช้ลำโพงมีความจำเป็น เพื่อป้องกันการผิดพลาดในการสื่อสาร ป้องกันการตัดสินใจที่ผิดพลาดจากการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ลดความสับสน ลดความไม่พร้อมในการให้ความร่วมมือในการรักษาลำโพงเป็นบุคคลที่ต้องได้รับการเตรียมให้สื่อสาระ ไม่ใช่การแปลคำพูด การสื่อของลำโพงต้องไม่ลดทอนสาระของเนื้อหาที่สื่อ และทำหน้าที่ตามบทบาทคือ

เอื้ออำนวยความสะดวกระหว่างผู้ที่พูดโดยใช้ต่างภาษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน ล่ามไม่มีหน้าที่ในการให้คำอธิบายวินิจฉัย การรักษาแทนผู้ป่วยหรือผู้ดูแล แต่จะพูดและแปลเฉพาะที่มีการสนทนาในระหว่างแปล การแปลจะไม่ใช้การแปลคำต่อคำ แต่จะใช้ประสบการณ์ของผู้แปลในการใช้ภาษาที่สะท้อนความจริง ดังนั้น จึงทำหน้าที่เหมือนผู้จัดการวัฒนธรรม ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับวัฒนธรรม ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยตามความเป็นจริงของข้อมูล ดังนั้น ล่ามควรได้รับการเตรียมโดยหลีกเลี่ยงอคติในการเป็นล่าม จากประเด็นต่าง ๆ เช่น ศาสนา เชื้อชาติ การเมือง เศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจในมาตรฐานจริยธรรมของการเป็นล่ามและมีแนวทางการทำงานร่วมกับล่ามด้วย เพื่อให้ได้ล่ามที่ดีและเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้ป่วยและการบริการที่มีคุณภาพ

มาตรฐานจริยธรรมของล่าม

ล่ามเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การดูแลอย่างเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วย สามารถทำความเข้าใจการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาได้ ส่งผลต่อความร่วมมือที่ดีต่อไป และล่ามจะเป็นผู้ที่ได้รับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่นเดียวกับทีมสุขภาพ ดังนั้นล่ามจึงควรได้รับการพัฒนาทั้งองค์ความรู้ทางการแพทย์ และการพยาบาลพื้นฐาน เพื่อให้เข้าใจและสื่อสารในระบบบริการสุขภาพต่อไป และควรได้รับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม ดังนี้¹⁴ เป็นผู้ที่สามารถรักษาความลับได้ดี ให้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน จนมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจทั้งนี้หากมีสิ่งใดที่อาจกระทบหรือขัดแย้งทางวัฒนธรรม อาจต้องทบทวนและบอกผู้พูดก่อนเพื่อพิจารณาปรับเปลี่ยนในการแปล ล่ามไม่ตัดสินเนื้อหาที่ต้องแปลด้วยตนเอง บางครั้งล่ามอาจมีความเห็นต่าง แต่ไม่ควรพูด เช่น ล่ามอาจ

เห็นว่าผู้ป่วยเข้าใจไม่ตรง แต่ไม่ใช่บทบาทของล่ามในการโต้แย้ง ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ดูแล ล่ามควรมีทัศนคติหรือมีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อสร้างความไว้วางใจ สามารถสร้างได้โดยให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ล่ามต้องประเมินความพร้อมของตนเอง ก่อนการรับงานในกรณีที่ล่ามไม่มีประสบการณ์ หรืออาจมีอคติในการแปล ถือว่าไม่มีความพร้อม ล่ามอาจขอถอนตัวได้ เช่น การแปลให้เพื่อนสนิท คนในครอบครัวยกเว้นกรณีเร่งด่วน การให้คำตอบแทนล่ามให้ได้รับคำตอบแทนตามที่ตกลงกับหน่วยงาน และล่ามไม่ควรรับจากผู้ป่วยหรือครอบครัวเพิ่มอีก ในกรณีที่ล่ามรู้สึกถูกคุกคามสามารถถอนตัวได้ และในการทำหน้าที่ล่ามจะต้องแต่งกายให้เหมาะสมเรียบร้อย

แนวทางการทำงานร่วมกับล่าม

ในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมที่จำเป็นต้องใช้ล่าม พยาบาลควรมีแนวทางในการทำงานร่วมกันกับล่าม¹⁴ ดังนี้

1. กำหนดตารางการทำงาน ประเด็นการแปล ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การรักษา การยินยอม การรักษา และประเด็นอื่น ๆ
2. คุณสมบัติของล่าม หากเป็นไปได้ ล่ามแปลควรมีอายุ เพศ ใกล้เคียงผู้ป่วย ถ้าเป็นชาวเอเชียควรเป็นผู้อาวุโสกว่า
3. ก่อนเริ่มแปล อาจคุยแนวคำถามที่จะถามให้ล่ามฟังคร่าว ๆ รวมทั้งควรได้คุยสั้น ๆ ก่อนเพื่อให้ล่ามผู้แปลรู้ว่า ผู้ให้การดูแลวางแผนไว้อย่างไร เพราะบางคำอาจไม่มีในภาษานั้น ๆ
4. ในระหว่างรอล่าม พยาบาลสามารถสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย และสร้างสัมพันธภาพด้วยการใช้บัตรคำง่าย ๆ

5. การถามในบางเรื่องที่ตอบยากหรือต้องใช้การตัดสินใจ เช่น เรื่องเพศ การยินยอมรับการรักษาล่ามควรช่วยในการหาคำแปลที่เข้าใจง่าย เป็นต้น

6. การนั่งระหว่างสนทนาพิจารณาตามข้อกำหนดของแต่ละสถาบัน เช่น นั่งเป็นสามเหลี่ยม นั่งเยื้องด้านหลัง เป็นต้น

7. ขณะพูดหรือถามคำถามให้ถามไปที่ผู้ป่วย ไม่ใช่ถามล่ามผู้แปล และควรประสานสายตากับผู้ป่วยขณะถาม

8. ให้เกียรติและทำให้มีความเข้าใจที่กระจ่างระมัดระวังการที่ผู้ป่วยไม่พูดภาษาอังกฤษ ผู้ป่วยอาจเข้าใจบางคำ ดังนั้นควรระมัดระวังการพูดที่คิดว่าผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจ และให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ

9. การสนทนา ควรสนทนาไปที่ละประเด็น ทีละปัญหา และใช้เวลาในการตอบคำถาม

10. การถาม ถามด้วยคำถามที่สั้นกระชับ หลีกเลี่ยงสำนวนที่อาจเข้าใจยาก ระมัดระวังภาษาท่าทาง การแสดงสีหน้าที่อาจทำให้สับสนได้ในวัฒนธรรมที่ต่าง

11. ในขณะที่กำลังแปล ควรมองหน้าผู้ป่วย เพื่อสังเกตปฏิกิริยาจากน้ำหนักรูปร่างคำพูด ลักษณะเสียงภาษาท่าทาง อาการทางกายอื่น ๆ เช่น ถอนหายใจ น้ำตาซึมขณะพูด เป็นต้น

12. ตรวจสอบความเข้าใจกับล่ามผู้แปล กรณีที่แปลความสั้นไป อาจถามเหตุผล เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันและมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้ข้อมูลครบถ้วน

13. กรณีล่ามผู้แปลเห็นว่าคำถามอาจมีความขัดแย้งกับผู้ป่วย ควรหารือกับผู้พูดเพื่อหาคำถามที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยไม่มีปัญหาขัดแย้งกับคำถาม

14. กรณีไม่มีล่ามแปล ควรหาบุคคลที่สามารถแปลได้แทน เช่น ครอบครัว เพื่อน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม อาจพบปัญหาบางประการได้ เช่น ไม่มีความสามารถแปลความได้ตรงทั้งหมด หรือไม่เข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ หรือมีความสับสนจากความพยายามที่จะแปล หรือกรณีล่ามเป็นเด็กเกินไป และอาจไม่เข้าใจภาษาหรือคำที่ญาติผู้ใหญ่ใช้ ทำให้แปลความไม่ตรงหรือครอบคลุมทุกอย่างที่พูด

ในกรณีเร่งด่วนไม่มีล่าม พยาบาลควรมีการวางแผนเตรียมตนเองเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว เช่น การพัฒนาด้านภาษาอังกฤษ การพัฒนาให้มีความไวทางวัฒนธรรม เพราะหากพยาบาลเป็นทั้งล่ามและพยาบาล จะสามารถเข้าใจบริบทของความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

สรุป

การสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทางการพยาบาล มีปัจจัยสำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ส่งสาร ผู้รับสาร และสิ่งแวดล้อม พยาบาลเป็นทั้งผู้ส่งสารและรับสารในเวลาเดียวกัน การประเมินวัฒนธรรมของผู้ส่งสารและรับสารจะต้องเข้าใจในความเชื่อของผู้รับบริการ พยาบาลควรมีทักษะในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมทั้ง 9 ทักษะ เพื่อตอบสนองความต้องการบนความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยมีการพัฒนาและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน พยาบาลต้องมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมที่เหมาะสม หากจำเป็นควรมีล่ามช่วยในการแปล และมีการเตรียมล่ามอย่างเป็นระบบ และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมพยาบาลให้สามารถสื่อสารข้ามวัฒนธรรมได้อย่างเป็นระบบเช่นกัน เพื่อนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ พยาบาลควรประเมินวัฒนธรรมของตนเองเสมอ และพัฒนาความสามารถในการสื่อสารข้ามวัฒนธรรมตามแนวทางดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการดูแลและสอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยในยุคปัจจุบันและอนาคต

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ที่สำคัญอย่างยิ่ง 1) หน่วยงานควรจัดให้มี Inservice education ในการเตรียมความพร้อมพยาบาลทั้งในเชิงภาษา วัฒนธรรม และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาในความต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อย ๆ 2) การใช้ Application ต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการสื่อสารและต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของสื่อเหล่านั้น เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Suree Trumikaborworn Conceptualization, Literature search and synthesis, Writing, Revising, Final approval; **Praneed Songwathana** Conceptualization, Supports literature search and synthesis, Final approval

AI Use Disclosure: The authors declare that ChatGPT was used solely for graphic design purposes.

References

1. Trummikaborworn S, Chupawa J, Siraprom T, Sukbat P. Health service system arrangement for cross-border populations in the context of special economic zones, Mukdahan Province: Final research report. Office of the Science, Research and Innovation Promotion Board; 2018.
2. Sukbot A, Sophaphon N, Loyha K. A health care model based on cultural wisdom among Lao, Khmer, and Suay ethnic groups in the Lower Northeastern region. J MCU Peace Stud [Internet]. 2024;12(3): 1150–63. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/270853>
3. Chenchareonrat W, Srichannarit A, Prasobkittikun T. Caring behaviors of nurses perceived by Burmese cross-border mothers. Thai Nurse J. 2017;44(3): 41–51. (in Thai)
4. Phuttharaksa L, Khamyu A, Dallas JC. Guidelines for assessment of health status according to cultural dimensions of transcultural service recipients based on expert perspective. NJPH [Internet]. 2018 Apr 30 [cited 2025 May 11];28(1):36–49. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/121232>
5. Nakakasean P, Pungbangkadi R. The study of the way of life, health problems and needs of Mon migrant workers under Mon's socio-cultural context of Samut Sakhon Province. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2014 Feb 2 [cited 2025 May 11];14(3):105–11. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/16020>
6. Chanrach E, Champamoon A. Factors influencing transcultural nursing competency of nurses working in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. J Nurs Ther Care [Internet]. 2018 Oct 14 [cited 2025 May 11];36(3):23–32. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/150570>
7. Sirisawat M, Phengsawat W, Chalakbang W, Pheasa E. Transcultural nursing competencies of professional nurses. J Res Acad [Internet]. 2021;4(3):311–24. Available from: <https://doi.org/10.14456/jra.2021.61>
8. Odmee S, Krueachotikun S. Guidelines for providing postnatal care to mothers with transcultural background. J Health Health Manag. 2018;4(1–2):17–32. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/slc/article/view/221205>
9. Julawong O, Kamolsilp C, Pansri S, Eaksamai S. The impact of cross-cultural language barriers in patient care delivery. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2019 Apr 24 [cited 2025 May 11];20(1): 64–71. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/184839>

10. Phetsaen S, Haritaworn N. Accessibility of antenatal and delivery services among Burmese migrant workers in a hospital in Pathum Thani Province. Chiang Rai Med J. 2019;11(2):75–84. (in Thai)
11. Larsen R, Mangrio E, Persson K. Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: a descriptive qualitative study. J Transcult Nurs. 2021;32(4):310–7. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693> PMID: 32436462
12. Balzer Riley J. Communication in nursing. 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2024.
13. Wulandari RA, Asmaningrum N, and Ardiana A. Transcultural communication strategies in nursing with multicultural clients in hospital settings: a systematic literature review. J Pendidikan Keperawatan Indonesia. 2022;8(2):123–138. DOI: <http://dx.doi.org/10.17509/jpki.v9i1.55744>
14. Mozafari S, Yang A, Talaei-Khoei J. Health locus of control and medical behavioral interventions: Systematic review and recommendations. Interact J Med Res. 2024;13:e52287. <https://doi.org/10.2196/52287> PMID: 39388686
15. Ruangrit R, Malathum P, Prapaipanich W. Perceptions of fasting and self-care behaviors of Thai Muslim patients with type 2 diabetes fasting during Ramadan. Nurs Res Innov J [Internet]. 2013 [cited 2025 Jun 7]; 18(2):207–22. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/8953>
16. Satawed P. Health communication issues among migrant workers in Thailand: A systematic review for health communication practices. BU Acad Rev [Internet]. 2017 [cited 2025 Jun 7];1(16). Available from: <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/buacademicroview/article/view/91173>
17. Prasertsri N, Yupaporn. Pain management: cultural diversity. J Nurs Educ. 2013;2(6):1–13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/13754/12410>
18. Dayer-Berenson L. Cultural competencies for nurses. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.
19. Martin JN, Nakayama TK. Experiencing intercultural communication: an introduction. 5th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2014.
20. Muñoz CC, Luckmann J. Transcultural communication in nursing. 2nd ed. Clifton Park, NY: Thomson Learning; 2005.
21. Huff RM, Kline MV, Peterson DV, editors. Health promotion in multicultural populations: a handbook for practitioners. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015.
22. Kersey-Matusiak G. Delivering culturally competent nursing care. New York, NY: Springer Publishing Company; 2013.
23. Giger JN. Transcultural nursing: assessment and intervention. 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2017.

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล: กรณีศึกษา ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว

ศุภกิจ เครือกลัด พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)¹

พิสันต์ ประชาชู พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)²

วงเดือน สุวรรณศิริ พย.ด.³

อรพิน จุลมุลี พย.ด.⁴

บทคัดย่อขยาย

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล เป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน และความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ ของวิชาชีพพยาบาล บทความนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของแมคอีเวน (McEwen) ในการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎี โดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวเป็นกรณีศึกษา ผลการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี ประกอบด้วย 1) การบรรยาย พบว่า ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีระดับกลาง พัฒนาจากวิธีการแบบอุปนัยและนิรนัย มีเป้าหมายเพื่ออธิบายสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ มี 4 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์ด้านจิตชีววิทยา บทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ และภารกิจหลักด้านจิตวิทยา และครอบคลุมกระบวนการที่หลักของพยาบาลทั้งด้านคน สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม 2) การวิเคราะห์ พบว่า มีการนิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎีทั้ง 4 มโนทัศน์ มีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎีเฉพาะด้านบทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพ และภารกิจหลักด้านจิตวิทยาว่า มีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่ได้ระบุทิศทางความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ ใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ และข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีแบบคงเส้นคงวา มีการจัดวางความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อย่างมีเหตุผล ระบุผลลัพธ์ของทฤษฎีทั้งด้านพยาบาล ผู้รับบริการ และสัมพันธภาพไว้ชัดเจน 3) การประเมิน พบว่า ทฤษฎีมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้ทั้งด้านการศึกษา การวิจัย การปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมที่หลากหลายวัฒนธรรม มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าทฤษฎีได้รับการทดสอบด้วยวิธีวิจัย รวมถึงใช้สถิติที่น่าเชื่อถือ ทฤษฎีช่วยพัฒนาวิชาชีพพยาบาล โดยใช้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่รับไว้ดูแลจนถึงจำหน่าย รวมถึงได้มีการนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี; E-mail: pisan.p@ptu.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

และทฤษฎีอื่น 4) จุดแข็งสำคัญ ได้แก่ มีการเชื่อมโยงกับกระบวนการทัศน์หลักของพยาบาลและกระบวนการพยาบาล สามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างหลากหลายบริบทในระดับสากล ครอบคลุมทั้งด้านการศึกษา การวิจัย การปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล ซึ่งจะเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการและพัฒนาให้มีการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม และ 5) ข้อจำกัด ได้แก่ ไม่ได้ระบุมิติทัศน์เกี่ยวกับการเติบโตของพยาบาล การนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์บางมโนทัศน์ที่ยังไม่ครอบคลุมขาดการระบุทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อาจทำให้เข้าใจได้ยาก และยังไม่พบการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่หลากหลาย ข้อค้นพบเหล่านี้สามารถส่งเสริมการนำทฤษฎีไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติ และเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลายและเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

คำสำคัญ การวิเคราะห์ การประเมิน ทฤษฎีการพยาบาล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

วันที่ได้รับ 5 มิ.ย. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 25 ส.ค. 68

Analysis and Evaluation of Nursing Theory: A Case Study of Peplau's Interpersonal Relations Theory

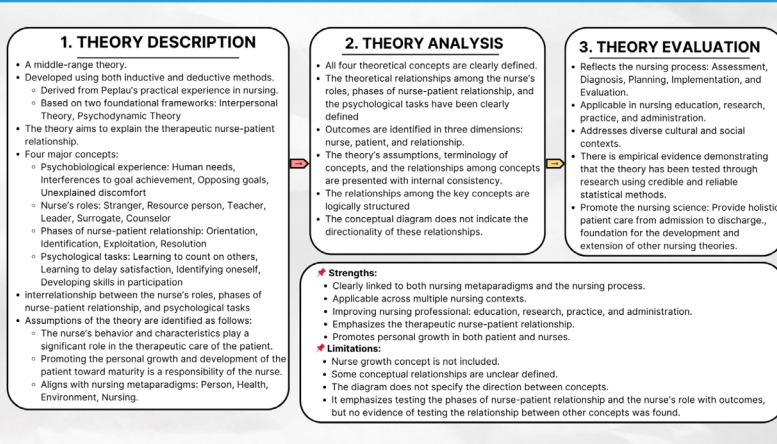
Suphakit Krueaklat, M.N.S. (Adult Nursing)¹

Pisan Pachachoo, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)²

Wongduan Suwannakeeree, Ph.D. (Nursing)³

Orapin Jullmusi, Ph.D. (Nursing)⁴

Analysis and Evaluation of Nursing Theory: A Case Study of Peplau's Interpersonal Relations Theory



Journal of Thailand Nursing
and Midwifery Council



Suphakit Krueaklat, M.N.S. (Adult Nursing)
Pisan Pachachoo, M.N.S. (Gerontological Nurse Practitioner)
Wongduan Suwannakeeree, Ph.D. (Nursing)
Orapin Jullmusi, Ph.D. (Nursing)

Extended Abstract

The analysis and evaluation of nursing theory constitute a systematic process of examining theoretical frameworks to identify their strengths, limitations, and applicability within diverse professional nursing contexts. This article applies McEwen's conceptual framework for theory analysis and evaluation, which consists of three stages: description, analysis, and evaluation. The interpersonal relations theory of Peplau is employed as a case study. Findings of this analysis and evaluation: 1) Theory description: Peplau's theory is classified as a middle-range theory,

¹Instructor, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Phitsanulok Province, Thailand

²Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani Province, Thailand;
E-mail: pisan.p@ptu.ac.th

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province, Thailand

⁴Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok Province, Thailand

developed through both inductive and deductive approaches. Its primary aim is to explain the relationship between nurses and patients. Four central concepts are identified: psychobiological experiences, the role of the nurse, phases of the nurse–patient relationship, and core psychological tasks. The theory includes the major paradigms of nursing: person, health, nursing, and environment; 2) Theory analysis: The four theoretical concepts are clearly defined. Relationships among the concepts, particularly the nurse’s role, phases of the nurse–patient relationship, and psychological tasks, are acknowledged, though the directionality of these relationships is not specified. Terminology is consistently used to represent concepts, their interrelationships, and the underlying assumptions of the theory. The arrangement of concepts is logical, and the outcomes of the theory are explicitly articulated in relation to nursing practice, patient care, and interpersonal relationships; 3) Theory evaluation: The theory demonstrates congruence with the nursing process and is applicable across education, research, practice, and administration. It emphasizes the importance of diverse sociocultural contexts. Empirical evidence indicates that the theory has been tested through research employing reliable statistical methods. It contributes to the advancement of the nursing profession by serving as a holistic framework for patient care, from admission to discharge, and has been further developed to generate new nursing knowledge and theories; 4) Key strengths of the theory include its alignment with the nursing metaparadigm and nursing process. The theory is adaptable to a wide range of global contexts and applicable across education, research, practice, and administration. It highlights the nurse–patient relationship and supports its appropriate development and growth; 5) Limitations of the theory include the absence of a clearly defined concept regarding nurses’ professional growth, incomplete definitions of certain conceptual relationships, and the lack of specified directionality among concepts, which may hinder clarity. Furthermore, empirical testing of diverse conceptual relationships remains limited. These findings support the practical application of the theory and provide guidance for the ongoing development of nursing knowledge as appropriate for dynamic and diverse contexts.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 157–173

Keywords analysis/ evaluation/ nursing theory/ interpersonal relationship

Received 5 June 2025, Revised 25 August 2025, Accepted 25 August 2025

บทนำ

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีการพยาบาล เป็นกระบวนการตรวจสอบทฤษฎีอย่างมีระบบ โดยมีการวิเคราะห์ทฤษฎีที่จะนำไปใช้เป็นแนวทาง ในการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัย การศึกษา และการบริหารการพยาบาล ในขณะเดียวกันยังทำให้ ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจได้ว่าทฤษฎีดังกล่าวมีจุดแข็ง หรือข้อจำกัดอย่างไรที่ต้องการการพัฒนาหรือปรับปรุง ทฤษฎีนั้นให้ดีขึ้น¹ นักวิชาการด้านทฤษฎีการพยาบาล ได้เสนอแนวทางในการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี การพยาบาลไว้หลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถจำแนก ออกเป็น 3 ประเภทหลัก^{1,2} ได้แก่ 1) กระบวนการแบบ 1 ขั้นตอน (Single-phase process) เช่น การวิเคราะห์ ทฤษฎี^{3,4} หรือการประเมินทฤษฎีตามแนวทางของฮาร์ดี¹ 2) กระบวนการแบบ 2 ขั้นตอน (Two-phase process) เช่น การวิเคราะห์ร่วมกับการวิพากษ์ทฤษฎี (Theory critique) หรือการประเมินทฤษฎี⁵ และ 3) กระบวนการ แบบ 3 ขั้นตอน (Three-phase process) เช่น การบรรยาย การวิเคราะห์ และการประเมินทฤษฎี¹ หรือการบรรยาย การวิเคราะห์ และการวิพากษ์ทฤษฎี⁶ สำหรับการวิเคราะห์ และประเมินทฤษฎีในครั้งนี้เลือกใช้กระบวนการแบบ 3 ขั้นตอน ตามแนวคิดของแมคคีย์แวน¹ ประกอบด้วย 1) การบรรยายทฤษฎี (Theory description) เพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบของโครงสร้างและหน้าที่ทฤษฎี 2) การวิเคราะห์ทฤษฎี (Theory analysis) เพื่อให้เข้าใจ ทฤษฎีอย่างถ่องแท้ และ 3) การประเมินทฤษฎี (Theory evaluation) เพื่อการตัดสินใจนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้จะช่วยให้สามารถประเมินข้อดี และข้อจำกัดของทฤษฎี สำหรับการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนา องค์ความรู้หรือศาสตร์ทางการพยาบาลต่อไป^{1,2} โดย กระบวนการแบบ 3 ขั้นตอนนี้ได้มีการสังเคราะห์ขึ้น

จากการบูรณาการแนวคิดในการวิเคราะห์และประเมิน ทฤษฎีของนักทฤษฎีทางการพยาบาล เช่น Walker และ Avant, Meleis, Fawcett, Chinn และ Kramer เป็นต้น ทำให้ประเด็นในการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีมี รายละเอียดที่ครอบคลุม ด้วยคำถามสำคัญให้เข้าใจ ได้ง่าย รวมถึงมีความทันสมัย¹ สำหรับกรณีศึกษาทาง ทฤษฎีที่ใช้ในบทความนี้ คือ ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลของเพปพลา (Peplau's Theory of Interpersonal Relations) เป็นทฤษฎีระดับกลางที่ได้รับการยอมรับมา อย่างยาวนาน มีการพัฒนาและปรับปรุงต่อเนื่อง และ นำไปประยุกต์ใช้ในหลากหลายบริบท จึงอาจมีจุดแข็ง สำคัญที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดี ในขณะเดียวกัน อาจพบข้อจำกัดที่ต้องการการพัฒนา โดยบทความนี้มี วัตถุประสงค์เพื่อ 1) บรรยายเพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎี 2) วิเคราะห์ เพื่อตรวจสอบทฤษฎีอย่างเป็นระบบให้เข้าใจอย่าง ถ่องแท้ 3) ประเมินเพื่อตัดสินใจว่าทฤษฎีจะนำไปใช้ได้ อย่างไร และ 4) วิเคราะห์จุดแข็งและข้อจำกัดของทฤษฎี โดยในบทความนี้นำเสนอกระบวนการวิเคราะห์และ ประเมินทฤษฎีแบบ 3 ขั้นตอน การวิเคราะห์และประเมิน ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาตาม กระบวนการดังกล่าว และวิเคราะห์จุดแข็ง และข้อจำกัด ของทฤษฎี เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ และเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้หรือศาสตร์ ทางการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทที่หลากหลาย และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี การพยาบาล

กระบวนการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎี การพยาบาลแบบ 3 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ แมคคีย์แวน^{1,2} มีรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายทฤษฎี เป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินทฤษฎี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนบริบทที่เกี่ยวข้อง และช่วยให้เข้าใจโครงสร้างและหน้าที่ของทฤษฎีได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งโครงสร้างของทฤษฎีประกอบด้วย ข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ ในขณะที่หน้าที่ของทฤษฎีมุ่งเน้นไปที่การใช้มโนทัศน์เพื่ออธิบาย บรรยาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามสำคัญในการบรรยายทฤษฎี ได้แก่ 1) ทฤษฎีมีเป้าหมายเพื่ออะไร (อธิบาย ทำนาย บรรยาย หรือควบคุมปรากฏการณ์) 2) ขอบเขตของทฤษฎีอยู่ในระดับใด (ระดับกว้าง ระดับกลาง หรือระดับการปฏิบัติ) 3) แหล่งที่มาหรือจุดกำเนิดของทฤษฎีคืออะไร 4) มโนทัศน์หลักของทฤษฎีคืออะไร 5) ข้อเสนอหลักหรือความเชื่อมโยงระหว่างมโนทัศน์หลักในทฤษฎีคืออะไร 6) ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีคืออะไร และ 7) มีการบรรยายบริบทการนำทฤษฎีไปใช้หรือไม่

2. การวิเคราะห์ทฤษฎี เป็นการตรวจสอบองค์ประกอบด้านเนื้อหา โครงสร้าง และหน้าที่ของทฤษฎีอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทของวิชาชีพพยาบาล จุดมุ่งหมายหลักของการวิเคราะห์คือ การทำความเข้าใจทฤษฎีในระดับลึก โดยมีได้มุ่งหมายตัดสินว่าดีหรือไม่ดี แต่เพื่อสร้างความเข้าใจอย่างรอบด้าน แนวคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์ทฤษฎี ได้แก่ 1) ทฤษฎีมีการให้คำนิยามมโนทัศน์ในเชิงทฤษฎีและในเชิงปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร 2) มีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร 3) มโนทัศน์ในทฤษฎีมีการเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนหรือไม่ อย่างไร 4) ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ต่าง ๆ ถูกจัดวางอย่างมีเหตุผลหรือไม่ อย่างไร 5) มีการนำเสนอทฤษฎีโดยใช้โมเดลหรือแผนภาพหรือไม่ อย่างไร และโมเดลหรือแผนภาพ

ดังกล่าวช่วยให้เข้าใจทฤษฎีได้ดีขึ้นหรือไม่ 6) ภาษาที่ใช้ในการอธิบายมโนทัศน์ ความสัมพันธ์ และข้อตกลงเบื้องต้นมีความสม่ำเสมอหรือไม่ อย่างไร และ 7) ทฤษฎีมีการกล่าวถึงหรือคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร

3. การประเมินทฤษฎี ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นหลังจากผ่านการวิเคราะห์อย่างละเอียด และเห็นศักยภาพของทฤษฎีต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในวิชาชีพพยาบาล โดยกระบวนการนี้เน้นการพิจารณาว่า ทฤษฎีสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างไร จุดประสงค์ของการประเมินคือ การตัดสินใจว่าจะนำทฤษฎีไปใช้ในด้านใดและอย่างไร เช่น การนำไปใช้ในการปฏิบัติ แล้วได้ผลลัพธ์ตามเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร ซึ่งแนวคำถามที่ใช้ในการประเมินทฤษฎี ได้แก่ 1) ทฤษฎีมีความสอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร 2) ทฤษฎีสอดคล้องกับการปฏิบัติหรือการบำบัดทางการพยาบาลในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร 3) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าทฤษฎีได้รับการทดสอบหรือไม่ และการทดสอบดังกล่าวใช้วิจัยหรือไม่ อย่างไร และการทดสอบนั้นมีความน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร 4) ทฤษฎีมีการนำไปใช้ในทางการศึกษา การวิจัย หรือการบริหารทางการพยาบาลหรือไม่ อย่างไร 5) ทฤษฎีมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมในปัจจุบันหรือไม่ อย่างไร 6) ทฤษฎีสามารถประยุกต์ใช้ในบริบทของวัฒนธรรมที่หลากหลายหรือไม่ อย่างไร 7) ทฤษฎีมีส่วนช่วยส่งเสริมวิชาชีพพยาบาลหรือไม่ อย่างไร และ 8) การนำทฤษฎีไปใช้ทางการพยาบาลมีอะไรบ้าง

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวแบบ 3 ขั้นตอนตามกรอบแนวคิดของแมคคีย์แวน¹ มีรายละเอียดดังนี้

1. การบรรยายทฤษฎี ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle range theory)⁷ ที่พัฒนาขึ้นโดยฮิลการ์ด เพปพลาว (Hildegard Peplau) และมีการปรับปรุงหลายครั้ง เพปพลาวได้เผยแพร่กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดครั้งแรกในปี ค.ศ. 1952 (พ.ศ. 2495) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจาก 1) ทฤษฎีระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) ของฮัลลิวาน (Henry Stack Sullivan) ที่เน้นว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม ช่วยให้เห็นความสำคัญของความสัมพันธ์ในบริบทของการดูแลพยาบาล และ 2) ทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory) ของฟรอยด์ (Sigmund Freud) ที่ให้ความสำคัญของความขัดแย้งทางจิตใจที่เกิดจากแรงขับภายใน (Drives) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เชื่อว่าการพัฒนาจิตใจเกี่ยวข้องกับกระบวนการภายในที่ลึกซึ้งและซับซ้อน^{8,9} แต่เพปพลาวเห็นว่า การพัฒนาจิตใจและบุคลิกภาพของบุคคลไม่ได้เกิดจากความขัดแย้งภายในเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงของบุคคล^{8,9} จากประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลของเพปพลาวทำให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีพัฒนาการด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ ต่อมาแนวคิดดังกล่าวได้รับการทดสอบด้วยกระบวนการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ จนได้ข้อสรุปเพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีและได้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นการทำความเข้าใจพฤติกรรมของตนเองและผู้รับบริการให้ความสำคัญกับการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อต่อการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางจิต (Psychodynamic nursing)¹⁰ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 (พ.ศ. 2531) ได้มี

การทบทวนและปรับปรุงทฤษฎีโดยขยายความว่าไม่ใช่เพียงแต่ผู้รับบริการเท่านั้นที่เกิดการพัฒนา แต่พยาบาลก็สามารถเติบโตได้จากกระบวนการสัมพันธภาพดังกล่าว¹¹ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1991 (พ.ศ. 2534) ได้มีการยืนยันว่าบทบาทของพยาบาลไม่จำกัดเฉพาะการพยาบาลจิตเวชเท่านั้น แต่ครอบคลุมทุกบริบทที่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล⁹ ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) ได้มีการนำทฤษฎีมาใช้กับผู้รับบริการบริบทใหม่ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น^{7,11}

ทฤษฎีมีเป้าหมายเพื่ออธิบายสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ การสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินปัญหาต่าง ๆ และให้การช่วยเหลือผู้รับบริการได้ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเรียนรู้ทักษะในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เกิดความเข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถที่จะเผชิญและแก้ไขปัญหของตนเอง และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ สัมพันธภาพดังกล่าวเป็นสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ (Therapeutic nurse-patient relationship)^{8,12,13} ซึ่งเป็นสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ และมีความแตกต่างจากสัมพันธภาพเชิงสังคม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ มีเหตุผลเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ ดำเนินตามระยะสัมพันธภาพและวางแผนอย่างเป็นขั้นตอน พยาบาลต้องใช้ความรู้ความชำนาญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดนั้น และเมื่อกระบวนการดำเนินถึงขั้นตอนสุดท้ายก็จะมี การสิ้นสุดของสัมพันธภาพ^{8,14}

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลประกอบด้วย 4 มโนทัศน์หลัก^{7,8} ได้แก่ 1) ประสบการณ์ด้านจิตชีววิทยา (Psychobiological experience) ประกอบด้วย 1.1) ความต้องการของมนุษย์ (Human needs) 1.2) อุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย (Interferences to achievement of goals) 1.3) เป้าหมาย

ที่ขัดแย้งกัน (Opposing goals) และ 1.4) ความไม่สบายใจ
ที่อธิบายไม่ได้ (Unexplained discomfort) 2) บทบาทของ
พยาบาล (Nurse's role) ประกอบด้วย 2.1) คนแปลกหน้า
(Stranger) 2.2) ผู้ให้การสนับสนุน (Resource person)
2.3) ผู้สอน หรือ ครู (Teaching) 2.4) ผู้นำ (Leadership)
2.5) ผู้ทดแทน (Surrogate) และ 2.6) ผู้ให้คำปรึกษา
(Counselor) 3) ระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล
กับผู้รับบริการ (Phases of nurse-patient relationship)
ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 3.1) ระยะเริ่มต้นสร้าง
สัมพันธภาพ (Orientation) 3.2) ระยะระบุปัญหา
(Identification) 3.3) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา
(Exploitation) และ 3.4) ระยะสรุปผล (Resolution)
หรือ ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase)¹¹
โดยในปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) เพปพลาวได้
รวมระยะระบุปัญหา และระยะดำเนินการแก้ปัญหา
เข้าด้วยกัน และให้ชื่อใหม่ว่า ระยะดำเนินการ
แก้ไขปัญหา (Working phase)¹¹ และ 4) ภารกิจหลัก
ด้านจิตวิทยา (Psychological tasks) ประกอบด้วย
4.1) การเรียนรู้ที่จะพึ่งพาผู้อื่น (Learning to count
on others) 4.2) การเรียนรู้ที่จะอดทนรอเพื่อให้ได้รับ
ความพึงพอใจ (Learning to delay satisfaction)
4.3) การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน (Identifying oneself)
และ 4.4) การพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วม (Developing
skills in participation) โดยทฤษฎีมีการกำหนด
ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ของทฤษฎีที่ชัดเจน
ไว้บางความสัมพันธ์ โดยนำเสนอเป็นแผนภาพและ
มีการบรรยายร่วมด้วย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่าง
บทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพ และ
ภารกิจหลักด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการ⁸

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี ประกอบด้วย

1) พฤติกรรมและคุณลักษณะของพยาบาลมีบทบาท
สำคัญต่อการดูแลรักษาของผู้รับบริการ และ 2) การส่งเสริม

การพัฒนาบุคลิกภาพของผู้รับบริการให้เติบโตเป็น
ผู้ใหญ่เป็นหน้าที่ของพยาบาล⁸ นอกจากนี้ทฤษฎีได้กล่าวถึง
กระบวนทัศน์หลักของพยาบาล (Metaparadigm)^{7,8,15}
ดังนี้ 1) บุคคล เชื่อว่ามนุษย์มีความเป็นปัจเจกบุคคล
ทุกคนมีความต้องการเฉพาะตนทั้งด้านสรีรวิทยา และ
ด้านจิตวิทยา เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง
เป็นผลให้เกิดความไม่สมดุล ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ
คับข้องใจ เครียด และวิตกกังวล 2) สุขภาพ คือ
กระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลอย่างต่อเนื่อง เป็น
การเติบโตและพัฒนาไปสู่ภาวะที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย
จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยสุขภาพ
ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพ ช่วยให้สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ
ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้มีความสัมพันธ์
ที่ดีกับผู้อื่นในสังคม 3) การพยาบาล เป็นกระบวนการ
ที่มุ่งสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเชิงบำบัด
ซึ่งช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยพยาบาลมี
ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการและให้การช่วยเหลือลด
ความไม่สบาย และ 4) สิ่งแวดล้อม เชื่อว่าสิ่งแวดล้อม
ที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อสุขภาพของคน คือ สัมพันธภาพ
ระหว่างบุคคล เนื่องจากการมีสัมพันธภาพช่วยให้บุคคล
เข้าใจเป้าหมายของตนชัดเจนขึ้น และเป็นวิธีการทำให้
เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้รับการตอบสนอง ซึ่งในช่วงแรก
ของการพัฒนา ทฤษฎีถูกนำไปใช้ในการพยาบาล
ผู้ป่วยจิตเวช ต่อมามีการนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ
ที่สามารถสร้างการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้รับ
บริการได้ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดคือไม่สามารถนำไปใช้กับ
ผู้รับบริการที่ไม่สามารถสื่อสารได้^{7,12}

2. การวิเคราะห์ทฤษฎีไม่พบการนิยามมโนทัศน์
เชิงปฏิบัติการ แต่มีการนิยามมโนทัศน์เชิงทฤษฎีทั้ง
4 มโนทัศน์^{7,8} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ประสบการณ์ด้านจิตชีวิตวิทยา หมายถึง การรับรู้ความคิด และความรู้สึกของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล ในขณะนั้น ประสบการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนพลังที่ขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ หากสามารถทำความเข้าใจถึงสาเหตุและกลไกของประสบการณ์เหล่านี้ได้ ก็จะสามารถนำไปสู่การพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ประกอบด้วย 1) ความต้องการของมนุษย์ หมายถึง ความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่เน้นทางจิตใจเป็นหลัก ได้แก่ ความปลอดภัย ประสบการณ์ใหม่ ความรัก การได้รับการยอมรับ และความสำเร็จ 2) อุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ หรือไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายได้ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ 3) เป้าหมายที่ขัดแย้งกัน หมายถึง ความไม่ลงรอยหรือความแตกต่างในเป้าหมาย กล่าวคือ พยาบาลและผู้รับบริการมีเป้าหมายที่ไม่ตรงกันนำมาสู่ความขัดแย้ง และ 4) ความไม่สบายใจที่อธิบายไม่ได้ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจที่แสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวล ซึ่งมาจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือความขัดแย้งที่ซ่อนอยู่ที่ไม่สามารถอธิบายได้

บทบาทของพยาบาล หมายถึง สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำต่อผู้รับบริการ โดยบทบาทเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของผู้รับบริการ ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1) คนแปลกหน้า หมายถึง การอยู่ในฐานะเป็นคนใหม่ที่ผู้รับบริการไม่เคยรู้จักมาก่อนในระยะเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ 2) ผู้ให้การสนับสนุน หมายถึง การเป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการ 3) ผู้สอน หรือ ครู หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความอยากรู้อยากเห็น

และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ พร้อมให้ความรู้ที่ถูกต้องตามความต้องการของผู้รับบริการ 4) ผู้นำ หมายถึง การชี้นำและช่วยเหลือผู้รับบริการให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนในการบรรลุเป้าหมาย 5) ผู้ทดแทน หมายถึง การทำหน้าที่เป็นผู้แทนบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้รับบริการ เช่น แม่หรือพี่น้อง ให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย และ 6) ผู้ให้คำปรึกษา หมายถึง การช่วยเหลือผู้รับบริการในการระบุปัญหา ตัดสินใจ และหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ระยะของสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ หมายถึง ช่วงเวลาของความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ซึ่งมีความต่อเนื่อง คาบเกี่ยวกัน และเกี่ยวพันกัน ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง ระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการต่างก็ยังไม่รู้จักกัน มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ กำหนดบทบาทของแต่ละฝ่าย และสร้างความเข้าใจร่วมกัน ในระยะนี้พยาบาลจะต้องเริ่มต้นสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยการแนะนำตัว อธิบายบทบาท บอกวัตถุประสงค์การพูดคุย กำหนดข้อตกลง รวมถึงประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้รับบริการ 2) ระยะระบุปัญหา หมายถึง ระยะที่ผู้รับบริการระบุปัญหาและความต้องการของตนเอง และพยาบาลเริ่มเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับบริการมากขึ้น มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการระบุปัญหาที่แท้จริง และสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมากขึ้น ในระยะนี้พยาบาลจะสนับสนุนให้ผู้รับบริการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็น 3) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา หมายถึง ระยะที่ผู้รับบริการใช้ความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำและสนับสนุน มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และพัฒนาตนเอง และได้เรียนรู้

ทักษะใหม่ ๆ และ 4) ระยะสรุปผล หมายถึง ระยะที่ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการใกล้จะสิ้นสุดลง มีเป้าหมายเพื่อสรุปผลการรักษา ช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัว สามารถดูแลตนเองได้มากขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ภารกิจหลักด้านจิตวิทยา หมายถึง สิ่งที่คุณต้องเรียนรู้ตามกระบวนการด้านจิตใจตลอดช่วงระยะพัฒนาการและต้องกระทำให้สำเร็จเพื่อให้เกิดการพัฒนาอัตลักษณ์ที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ที่จะพึ่งพาผู้อื่น หมายถึง การยอมรับที่จะพึ่งพาผู้อื่นของผู้รับบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หากได้รับการดูแลเอาใจใส่ดี จะทำให้เกิดความพึงพอใจ การเรียนรู้ในลักษณะนี้เปรียบได้กับการเรียนรู้ตามพัฒนาการในวัยทารกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) การเรียนรู้ที่จะอดทนรอ หมายถึง การรู้จักควบคุมตนเองในภารกิจหลักที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ การเรียนรู้ในลักษณะนี้เปรียบได้กับการเรียนรู้ตามพัฒนาการในวัยเตาะแตะที่ต้องเรียนรู้ว่าเขาไม่สามารถขยับถ่ายที่ใดก็ได้ต้องอดทนรอที่จะขยับถ่ายในสถานที่ที่เหมาะสม 3) การสร้างเอกลักษณ์แห่งตน หมายถึง การพัฒนาบทบาทและแสดงพฤติกรรมตามที่รับรู้ว่าจะตรงกับความคิดหวังของบุคคลรอบข้าง ภารกิจหลักที่ดำเนินไปอย่างเป็นอิสระและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น จะมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและค่อยเป็นค่อยไปและปรับปรุงพฤติกรรมจนเกิดเป็นเอกลักษณ์แห่งตน การเรียนรู้ในลักษณะนี้เปรียบได้กับการเรียนรู้ตามพัฒนาการในช่วงวัยเด็กตอนต้นที่ต้องการสร้างเอกลักษณ์ของตนเอง และ 4) การพัฒนาทักษะการมีส่วนร่วม หมายถึง การพัฒนาภารกิจหลักเกี่ยวกับความร่วมมือ การแข่งขัน การประนีประนอม และการแสดงความรักต่อบุคคลอื่น หากพัฒนาได้สำเร็จทำให้เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะสามารถปรับตัวได้ดี

เมื่อเผชิญกับปัญหา การเรียนรู้ดังกล่าวเปรียบเสมือนการเรียนรู้ตามพัฒนาการของวัยเด็กตอนปลายที่สามารถเรียนรู้ในการพัฒนาทักษะมากขึ้นและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

ทฤษฎีนี้มีการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎีด้านบทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพ และภารกิจหลักด้านจิตวิทยาว่ามีความสัมพันธ์กัน คือ บทบาทของพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการจนถึงระยะสรุปผลในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ พยาบาลจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน และในบางระยะของสัมพันธภาพ พยาบาลอาจมีบทบาทหลายอย่างในระยะเดียวของสัมพันธภาพ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการได้มีการพัฒนาตามภารกิจหลักด้านจิตวิทยา เช่น ในระยะดำเนินการแก้ปัญหา พยาบาลต้องมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้การสนับสนุน ผู้สอนหรือครู ผู้นำ ผู้ทดแทน และผู้ให้คำปรึกษา ขึ้นอยู่กับความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ^{8,16} ส่วนการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ทั้ง 4 ยังไม่ชัดเจน แต่อาจสรุปความสัมพันธ์ได้โดยเปรียบเทียบกับพัฒนาการของชีวิตในแต่ละช่วงวัยตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ ได้ดังนี้ ในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (มโนทัศน์ระยะของสัมพันธภาพ) พยาบาลจะเป็นคนแปลกหน้าสำหรับผู้รับบริการ ผู้รับบริการยังรู้สึกไม่มั่นใจ พยาบาลและผู้รับบริการควรเริ่มทำความรู้จักกัน โดยพยาบาลแสดงบทบาทได้หลากหลาย เช่น ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา (มโนทัศน์บทบาทของพยาบาล) ขึ้นกับประสบการณ์หรือความต้องการของผู้รับบริการ (มโนทัศน์ประสบการณ์ด้านจิตวิทยา) พยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ และช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะพึ่งพาผู้อื่นเมื่อเจอปัญหาอุปสรรคเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เสมือนทารกที่ต้องพึ่งพาแม่ (มโนทัศน์ภารกิจหลักด้านจิตวิทยา)

เป็นต้น ซึ่งระยะของสัมพันธภาพจะเปลี่ยนแปลงไปตามลำดับขั้นจนถึงระยะสรุปผล ระหว่างทางสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปและเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงเวลาแบบไม่เป็นลำดับขั้นคือ ประสบการณ์ด้านจิตชีวิตวิทยาของผู้รับบริการ และบทบาทของพยาบาล กระบวนการดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการแสดงพฤติกรรมทางด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการตามลำดับขั้น และสุดท้ายทำให้มีทักษะการมีส่วนร่วมและเติบโตเป็นผู้ใหญ่^{7,8} อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการนิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงปฏิบัติการของทฤษฎีนี้ และทฤษฎีมีการนำเสนอความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์โดยใช้แผนภาพและการบรรยายแสดงการเชื่อมโยงมโนทัศน์บทบาทของพยาบาล ระยะของสัมพันธภาพ และภารกิจหลักด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการ แต่ยังแสดงความสัมพันธ์นั้นไม่ชัดเจน กล่าวคือ ไม่ได้นำเสนอทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ที่สามารถย้อนกลับไปตามแบบ 2 ทิศทางหรือทิศทางเดียว และไม่ได้ระบุลักษณะความสัมพันธ์ว่าเป็นการสนับสนุนให้เกิดหรือเป็นอุปสรรคต่อการเกิดมโนทัศน์ที่เกี่ยวข้อง จึงอาจทำให้เข้าใจได้ยาก นอกจากนี้แผนภาพดังกล่าวยังไม่ได้แสดงความสัมพันธ์ของมโนทัศน์ประสบการณ์ด้านจิตชีวิตวิทยาของผู้รับบริการกับมโนทัศน์อื่นของทฤษฎี

ทฤษฎีระบุผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นไว้อย่างชัดเจนโดยนำเสนอเป็นแผนภาพพร้อมคำบรรยาย 2 ผลลัพธ์^{8,11} ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ด้านพยาบาล ทำให้มีการพัฒนาการขึ้นตามบทบาทที่ทำให้กับผู้รับบริการ และมีความเป็นผู้ใหญ่ขึ้นตามที่ได้ฝึกทักษะตามบทบาทต่าง ๆ และกระบวนการเติบโตของพยาบาล เกิดจากการใช้หลักการที่ช่วยให้จัดการกับปัญหาระหว่างบุคคล ผ่านการพัฒนาความเข้าใจตนเอง (Self-understanding) และนำความสามารถไปใช้ในการปฏิบัติจริง นอกจากนี้

จะทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้น ผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ¹⁵ และ 2) ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ ทำให้มีประสบการณ์ด้านจิตชีวิตวิทยาตามระยะของสัมพันธภาพ มีการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นจากวัยทารกถึงผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ส่วนผลลัพธ์ที่ 3) ผลลัพธ์ด้านสัมพันธภาพ เมื่อสิ้นสุดสัมพันธภาพ ผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่ต้องการ คือ มุ่งให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี และช่วยให้ผู้รับบริการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ และเตรียมตัวสำหรับการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ¹⁷ ซึ่งไม่ได้รับการเกิดผลลัพธ์ด้านนี้ไว้ในแผนภาพ แต่มีการบรรยายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่า หากมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้รับบริการรู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับตนเอง สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้จักพึ่งพาตนเองและผู้อื่น เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ พัฒนาตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ^{8,17} นอกจากนี้ยังพบว่าทฤษฎีมีการใช้คำเพื่อแสดงมโนทัศน์ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ และข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีแบบคงเส้นคงวา¹²

3. การประเมินทฤษฎี ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล โดยมีความสอดคล้องในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินสภาพ เป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาล เป็นการนำข้อมูลที่ได้มากำหนดและลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ รวมทั้งกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่จะนำไปปฏิบัติ สอดคล้องกับระยะระบุปัญหา เป็นช่วงที่พยาบาลและผู้รับบริการต้องทำงานร่วมกันในการจัดการปัญหา ทั้งพยาบาลและ

ผู้รับบริการแลกเปลี่ยนการรับรู้และความคาดหวังระหว่างกัน 3) การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการดำเนินการตามแผนการพยาบาลและการปรับปรุงแผนตามความต้องการของผู้รับบริการ สอดคล้องกับระยะดำเนินการแก้ปัญหา เป็นช่วงที่แก้ปัญหาหลังจากระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของบรรยากาศการช่วยเหลือผู้รับบริการเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ และ 4) การประเมินผล เป็นการตรวจสอบและรับทราบผลของการปฏิบัติการกิจกรรมการพยาบาล สอดคล้องกับระยะสรุปผล เป็นช่วงที่ความสัมพันธ์เข้าสู่ระยะสิ้นสุดเมื่อการช่วยเหลือเสร็จสิ้น ความต้องการของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง^{13,18}

ทฤษฎีนี้มีความสอดคล้องกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลจิตเวช และการพยาบาลผู้รับบริการในบริบทอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยพยาบาลใช้หลักการสร้างสัมพันธภาพตามกระบวนการพยาบาลเพื่อเข้าใจปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่ดี และตระหนักถึงความสำคัญ และเห็นศักยภาพตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ผลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนจากแผลเบาหวาน และคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น¹⁹ และยังพบในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดผ่านกล้องทางทอัสสะวะ โดยพยาบาลสร้างความสัมพันธ์ตามระยะสัมพันธภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือความเข้าใจตนเอง และการปรับตัวของผู้ป่วย ผลที่ได้คืออาการไม่พึงประสงค์ในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตสูงขึ้น²⁰

การนำทฤษฎีไปใช้ด้านการศึกษา โดยพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้จากการใช้สถานการณ์จำลองหรือกรณีศึกษา และประยุกต์ใช้ระยะการสร้างสัมพันธภาพ

เพื่อส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด²¹ และการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษา มาออกแบบการสอนทฤษฎีสัมพันธภาพทางการพยาบาล พบว่าสามารถใช้ระยะของการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวได้ตามขั้นตอน²² ด้านการบริหารการพยาบาล มีการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลวิชาชีพกับผู้รับบริการตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีช่วยให้ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการให้บริการมากขึ้น²³ ด้านการวิจัย มีการนำไปใช้ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้บทบาทของพยาบาลและระยะต่าง ๆ ของการสร้างสัมพันธภาพตามที่ทฤษฎีกำหนด ทำให้ผู้รับบริการที่เป็นเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น²⁴ และผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁵ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นดังที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ปัจจัยเพื่อยืนยันโครงสร้างระยะสัมพันธภาพของทฤษฎีของผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Inpatients) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า โมเดลปัจจัยดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทฤษฎีของเพปพลาวในระดับที่ดีมาก²⁶ นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ในการพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้างทฤษฎีอื่น ๆ ได้อีก เช่น การพัฒนาแบบจำลองการระลึกความหลัง (Simple reminiscence model) ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องเผชิญกับภาวะเครียดหรือช่วงเปลี่ยนผ่านในชีวิต เช่น การเกษียณ การสูญเสีย หรือโรคเรื้อรังด้วยการใช้ระยะการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในอดีตเพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อความเครียดและส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองผ่านกระบวนการ

ระลึกถึง²⁷ และแบบจำลองการจัดการอาการ (Holistic symptom management model) ผ่านความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง หรือกลุ่มที่มีอาการซับซ้อนทางกายภาพและจิตใจ (Complex symptom clusters) โดยใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการลดความทุกข์ทรมานจากอาการทั้งทางตรงและทางอ้อม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในมิติโดยรวม²⁸ เป็นต้น ผลการศึกษาเหล่านี้ทำให้ต้องประกอบเพื่อการพัฒนาทฤษฎีทางพยาบาลที่มีความเฉพาะมากขึ้นโดยใช้ทฤษฎีของเพปพลาวเป็นฐานในการพัฒนา แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศาสตร์หรือองค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจากรูปแบบการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าทฤษฎีได้รับการทดสอบโดยใช้การวิจัย และสถิติที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ การทดสอบทีคู่ (Paired t-test)^{21,23} การทดสอบทีอิสระ (Independent t-test)^{24,25} การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance)²² รวมถึงสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis)²⁶ แต่จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นการทดสอบระยะของสัมพันธ์ภาพบทบาทของพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ไม่พบหลักฐานการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม โดยเน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เริ่มจากพยาบาลกับผู้รับบริการเพื่อให้มีพัฒนาการและเติบโตขึ้น และนำไปใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นในสังคมซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์ ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถฟื้นฟูสภาพคืนสู่สภาวะสมดุลและกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข^{8,13} และให้ความสำคัญกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

เช่น นำไปพัฒนาสัมพันธ์ภาพและการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการฟื้นฟูสภาพจิตใจในเด็กและเยาวชนที่เป็นโรคซึมเศร้าในประเทศตุรกี²⁹ และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการโรคเอดส์ในประเทศอิหร่าน³⁰ พัฒนาสัมพันธ์ภาพเพื่อเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในประเทศไทย²⁴ เป็นต้น ทฤษฎีนี้ช่วยให้วิชาชีพพยาบาลมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ทำให้พยาบาลวิชาชีพแสดงบทบาทได้อย่างอิสระตามระยะของการสร้างสัมพันธ์ภาพ และใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อค้นหาปัญหาของผู้รับบริการ และร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ทำให้ดูแลผู้รับบริการได้อย่างเป็นองค์รวม ตั้งแต่รับไว้ดูแลจนถึงจำหน่าย และฟื้นตัวกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ⁸

จุดแข็งและข้อจำกัดของทฤษฎี

ผลจากการวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในครั้งนี้สามารถสรุปจุดแข็งและข้อจำกัดของทฤษฎีได้ดังนี้ จุดแข็งของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 1) โครงสร้างและองค์ประกอบของทฤษฎีมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับกระบวนการต้นหลักของการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ บุคคล สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม 2) กระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพของพยาบาลและผู้รับบริการมีความสอดคล้องกับขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ทำให้ผู้ที่สนใจนำไปใช้ได้ง่ายเนื่องจากมีความคุ้นชินกับกระบวนการดังกล่าว 3) ทฤษฎีสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ครอบคลุมทั้งด้านการศึกษา การวิจัย การปฏิบัติและการบริหารการพยาบาล 4) สามารถนำทฤษฎีใช้ได้หลายบริบทในวัฒนธรรมต่าง ๆ กับผู้รับบริการหลายกลุ่มในหลากหลายประเทศ 5) ทฤษฎีให้ความสำคัญกับสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับ

ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการพยาบาล ในผู้รับบริการทุกเพศ ทุกวัย และทุกความเจ็บป่วย และ 6) ทฤษฎีให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคคลให้มีการเจริญเติบโตทั้งผู้รับบริการและพยาบาล ในส่วนของจุดอ่อนหรือข้อจำกัดของทฤษฎีนั้น พบว่าทฤษฎีมีข้อจำกัดดังนี้ 1) ไม่ได้ระบุมโนทัศน์เกี่ยวกับการเติบโตของพยาบาลอย่างชัดเจน 2) นิยามความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์เชิงทฤษฎียังไม่ครอบคลุมในหลายความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ประสบการณ์ด้านจิตวิทยากับมโนทัศน์อื่น ๆ⁸ 3) ทฤษฎีมีการนำเสนอแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ในแต่ละด้าน แต่ยังขาดแผนภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ประสบการณ์ด้านจิตวิทยากับมโนทัศน์อื่น ๆ⁸ 4) ทฤษฎีไม่ได้ระบุทิศทางความสัมพันธ์ของแต่ละมโนทัศน์ว่ามีทิศทางอย่างไร และไม่ระบุว่าความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์มีลักษณะการเป็นอุปสรรคหรือสนับสนุนซึ่งกันและกัน¹² และ 5) การนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ส่วนใหญ่จะเน้นการทดสอบระยะของสัมพันธภาพ บทบาทของพยาบาลกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แต่ไม่พบหลักฐานการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์อื่นในลักษณะเดียวกัน

แนวทางการนำไปใช้ทางการพยาบาล

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวมีบทบาทสำคัญในการยกระดับการพยาบาลทั้งในด้านการปฏิบัติ การศึกษา และการวิจัย ดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีมุมมองด้านบุคคล สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน เพื่อใช้เป็นฐานคิดในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการตั้งแต่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล

ทำให้สามารถแก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้แบบองค์รวม ทั้งผู้รับบริการและพยาบาลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดสัมพันธภาพ ช่วยให้การบริการพยาบาลมีคุณภาพมากขึ้น 2) ด้านการศึกษาพยาบาล ทฤษฎีถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพหรือการสื่อสารเชิงบำบัด และการเรียนรู้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพผ่านสถานการณ์จำลองหรือกรณีศึกษา ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีการพัฒนาตนเอง และมีความพร้อมก่อนนำไปใช้จริงกับผู้รับบริการ ช่วยในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น และ 3) ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ทฤษฎีสามารถนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้หลากหลายบริบททั้งในมิติของความเจ็บป่วย หรือบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการทําวิจัยในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือมโนทัศน์ในทฤษฎี การจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างแบบจำลองเชิงโครงสร้างในบริบทต่าง ๆ ทฤษฎีจึงมีส่วนช่วยพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาล และผลจากการวิจัยยังใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล ตลอดจนเกิดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การวิเคราะห์และประเมินทฤษฎีในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวมีจุดแข็งที่สำคัญ เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในทางปฏิบัติหรือให้การพยาบาลผู้รับบริการ เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการตลอดการดูแล ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจจากกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ

ที่ดี จนทำให้บรรลุผลลัพธ์ทั้งผู้รับบริการและพยาบาล รวมถึงการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทในสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย และพบว่าข้อจำกัดของทฤษฎีที่พบยังสร้างความท้าทายให้กับวิชาชีพพยาบาลในการปรับปรุงและพัฒนาทฤษฎีให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อประโยชน์สูงสุดในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการพัฒนาศาสตร์หรือองค์ความรู้ใหม่ทางการพยาบาลต่อไป

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Author Contribution: Suphakit Krueaklat and Pisan Pachachoo were responsible for literature review, content synthesis, and manuscript drafting. Wongduan Suwannakeeree and Orapin Jullmusi provided academic supervision, critical review, and manuscript revision. All authors approved the final manuscript.

AI Use Disclosure: ChatGPT was used for language editing and grammar checking only.

References

- McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. Available from: <https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/miscellaneous/Theoretical%20Basis%20for%20Nursing%20-%20Melanie%20McEwen.pdf>
- Suwannakeeree W, Jullmusi O. Analysis and Evaluation of Nursing Theories: Processes and Application. NU Journal of Nursing and Health Sciences. 2025; 19(1): 1–13. (In Thai) Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/268360>
- Alligood MR. Introduction to nursing theory: Its history, significance, and analysis. In Alligood MR, editors. Nursing theorists and their work. 8th ed. St Louis: Mosby; 2014. p. 2–13.
- Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 6th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2019.
- Fawcett J, Desanto-Madeya S. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2013.
- Meleis AI. Theoretical nursing development and progress. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
- Peterson SJ. Interpersonal relations. In: Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: Application to nursing research and practice. 5th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2020. p. 157–75.
- Peplau HE. Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference. Springer Publishing Company; 1988.
- Peplau HE. Interpersonal relations: A Theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly. 1991; 5(1): 13–8.
- Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York: Putnam; 1952.
- Peplau HE. Interpersonal relations: A Theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly. 1997; 10(4): 162–67.
- Franzoi MAH, Lemos KC, Jesus CAC, Pinho DLM, Reis PED. (2016). Peplau's Interpersonal relations theory: an evaluation based on Fawcett's criteria. Journal of Nursing UFPE; 10(Suppl. 4): 3653–661. Available from: <https://shorturl.asia/8g4JA>
- Wongpanarak N. The Therapeutic Relationship: Application in Nursing Process. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 84–91. (In Thai) Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/25161/0>
- Waiwitriyakul N, Lapha P. Guidelines for Building Therapeutic Relations for Nursing Students. Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences. 2017; 1(3): 1–17. (In Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JRIHS/article/view/212189>

15. Forchuk C. Peplau's Theory: Concepts and their Relations. *Nursing Science Quarterly*. 1991; 4(2): 54-60. <https://doi.org/10.1177/089431849100400205> PMID: 2034417
16. Vipavanich S. Role of Psychiatric Nurses in Therapeutic Relationship Building. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021; 15(38): 732-43. (In Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/download/253034/173034>
17. Yeong APA. Theoretical Basis of Psychiatric Nursing. In: Sitthimongkol Y, Kaesornsamut P, Ongsirimas N, Yeong APA. *Psychiatric Nursing*. Bangkok, Scan art; 2016. p. 28-32. (In Thai)
18. Ramesh C. Application of Peplau's Interpersonal Theory in Nursing Practice. *Indian Journal of Surgical Nursing*. 2013; 2(1): 13-7. Available from: https://rfppl.co.in/subscription/upload_pdf/ramesh%20c_1208.pdf?srsltid=AfmBOoq864VFPj52ifHAYI4gQ-XRKbypRybwC710VcSOrs1xePCfN5iG
19. Choochuen W, Kunlaka S, Sarakshetrin A, Rattanapark P. Preventive Care for Diabetic Foot Ulcers: Application of Peplau's Theory of Interpersonal Relations. 2021; 27(1): 1-14. (In Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/241080>
20. Yang XH, Wu LF, Yan XY, Zhou Y, Liu X. Peplau's interpersonal relationship theory combined with bladder function training on patients with prostate cancer. *World Journal of Clinical Cases*. 2022; 10(9): 2792-800. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i9.2792> PMID: 35434092
21. Khachat S, Chansuvarn S, Phothong P, Sripho S. Development of Scenario for Simulation-Based Learning with Standardized Patient about Therapeutic of Relationship and Communication. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi*. 2024; 7(1): 21-34. (In Thai)
22. Choochuen W. Application of nursing theory for a student-centered teaching. *Journal of Health Research and Innovation*. 2019; 2(1): 87-98. (In Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/download/243261/165392/>
23. Suleesathira N, Cheevakasemsook A, Pinijittsamut M. The Development of an Interpersonal Relationship Behaviors Model of Professional Nurses through a Dialogue Process at the Out-patient Department of Yasothon Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017; 18(Suppl): 127-37. (In Thai) Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/90113/0>
24. Titawattanukul A, Vuthiarpa S, Somprasert C. The effects of a therapeutic relationship program on the self-esteem among girls exposed to violence in a central region reception home for girls. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2017; 3(2): 47-63. (In Thai) Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/105130/83559>
25. Suwannaboon W, Puapan S, Thane S, Dallas JC. Effects of Interpersonal group therapy on Quality of Life among Schizophrenic patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2015; 23(1): 68-79. (In Thai)
26. Hagerty TA, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?. *Nursing Science Quarterly*. 2017; 30(2): 160-67. <https://doi.org/10.1177/0894318417693286> PMID: 28899257
27. Puentes WJ. Simple reminiscence: A stress-adaptation model of the phenomenon. *Issues in Mental Health Nursing*. 2002; 23(5): 497-511. <https://doi.org/10.1080/01612840290052668> PMID: 12079601

28. Haworth SK, Dlubay NM. Holistic symptom management. Modeling the interaction phase. Journal of Advanced Nursing. 2001; 36: 302-10. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01972.x> PMID: 11580806
29. Arabaci LB, Tas G. Effect of Using Peplau's Interpersonal Relation Nursing Model in the care of a juvenile delinquent. Journal of Psychiatric Nursing. 2019; 10(3): 218-26 Available from: [https://pdf.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_10_3_218_226\[A\].pdf](https://pdf.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_10_3_218_226[A].pdf)
30. Sarami B, Myrfendereski S, Salehi TS, Hasanpour-Dehkordi A, Reisi H. The effect of implementing Peplau's theory of interpersonal communication on the quality of life of patients with acquired immunodeficiency syndrome. Przegl Epidemiol. 2023; 77(1): 101-07. <https://doi.org/10.32394/pe.77.10> PMID: 37283323 23; 77(1): 101-07.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Guide for Authors)

ขอแนะนำให้ท่านปฏิบัติตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Guide for Authors)” และ “คำแนะนำในการส่งบทความ (Submission Guideline)” เมื่อท่านเตรียมการที่จะส่งต้นฉบับงานวิจัย/บทความวิชาการ ข้อมูลสำคัญของวารสารสภาการพยาบาลมีรายละเอียดดังนี้

วารสารสภาการพยาบาล

วารสารสภาการพยาบาล (Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council: JTNMC) เป็นวารสารที่จัดทำโดยสภาการพยาบาล เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและอังกฤษที่มีการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบปกปิดสองทาง (double-blind, peer review) ตีพิมพ์เผยแพร่รายไตรมาส

วัตถุประสงค์และขอบเขต

วารสารสภาการพยาบาล (JTNMC) เป็นวารสารออนไลน์แบบเปิด (open access) ที่เผยแพร่เป็นภาษาไทยและอังกฤษทุกไตรมาส บทความได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิแบบปกปิดสองทาง (open access) วารสาร JTNMC มีจุดประสงค์ที่จะเป็นแหล่งเผยแพร่บทความที่มีองค์ความรู้ที่ทันสมัยและเกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

วารสาร JTNMC เปิดรับบทความวิจัยและบทความวิชาการที่สะท้อนถึงการมีส่วนร่วมที่สำคัญต่อวิชาชีพพยาบาล วารสารรับพิจารณาบทความวิจัยและวิชาการที่แสดงถึงความเป็นต้นฉบับ (originality) ความก้าวหน้าทางวิชาการ (advancement) นวัตกรรม (innovation) และมีคุณค่าเชิงวิชาการ (scientific merit) ขอบเขตของการตีพิมพ์เผยแพร่ครอบคลุมทุกสาขาเฉพาะทางของการพยาบาล และสาขาย่อย (sub-fields) ที่มีส่วนในการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิชาชีพ

สาขาย่อย

- การพยาบาลผู้ป่วย/ การดูแลสุขภาพ
- รูปแบบการดูแล/ แนวปฏิบัติทางคลินิก/ นวัตกรรม
- การพัฒนาวิชาชีพ
- การศึกษาพยาบาล
- การวิจัยทางการพยาบาลและสุขภาพ

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ (Types of manuscript)

วารสาร JTNMC ยินดีรับบทความวิจัยต้นฉบับ (original research article) และบทความปริทัศน์ (review article) ดังนี้

1. บทความวิจัยต้นฉบับ (original research article)

บทความวิจัยต้นฉบับที่แสดงถึงการศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบในปรากฏการณ์/ประเด็นที่สนใจศึกษา
อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การระบุช่องว่างของความรู้ (gaps of knowledge) วัตถุประสงค์การวิจัย
(study objective) การออกแบบการวิจัย (research design) การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) การ
วิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) ผลการวิจัย (results) การอภิปรายผล (discussion) และข้อเสนอแนะจาก
ผลการวิจัย (recommendation) ประเภทของบทความวิจัยต้นฉบับ ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative
research) การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) การวิจัยแบบผสม (mixed- methods research)
และการวิจัยและพัฒนา (research & development)

2. บทความปริทัศน์ (Review articles)

บทความปริทัศน์เป็นบทความที่แสดงถึงการทบทวนงานวิจัยในประเด็นเฉพาะที่มีอยู่อย่างครอบคลุม
ผลการทบทวนได้มาจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานที่มาจากแหล่งต่างๆ อย่างลึกซึ้ง ผลการวิจัยทำ
ให้เห็นชัดเจนถึงองค์ความรู้ในปัจจุบันของเรื่อง/ประเด็นที่ศึกษาและการแนะแนวทางปฏิบัติ ประเภทของ
บทความปริทัศน์ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม (literature review) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
(systematic review) และ กรณีศึกษา (case report)

คำแนะนำการเตรียมบทความ (Guidance on article preparation)

การเตรียมต้นฉบับ ขอให้ผู้นิพนธ์ศึกษารายละเอียดจาก “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Guide for
Authors)”/“คำแนะนำในการส่งบทความ (Submission Guideline)” เทมเพลตต้นฉบับ (manuscript
template) ของบทความแต่ละประเภท รวมทั้งคำแนะนำทั่วไปที่ด้านล่างนี้ เพื่อให้มั่นใจว่าบทความที่จะส่งเข้า
ระบบสอดคล้องกับข้อกำหนดของวารสาร

ข้อกำหนดของบทความ (Manuscript requirement)

การเป็นบทความต้นฉบับ (Original manuscript)

บทความวิจัย/วิชาการนั้น ๆ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนหรือไม่อยู่ระหว่างการรอผลการพิจารณา
จากวารสารอื่น หรือส่งไปยังวารสารอื่นซ้อนกัน

ความเป็นผู้นิพนธ์ (Author contribution)

ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิจัย/วิชาการนั้นๆ โดยระบุ
บทบาทของแต่ละคนที่ทำบทความ หลังกิตติกรรมประกาศ โดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษตามรูปแบบของ
Contributor Role Taxonomy (CRediT) ประกอบด้วย 14 บทบาท Conceptualization, Data
curation, Formal analysis, Funding acquisition, Investigation, Methodology, Project
administration, Resources, Software, Supervision, Validation, Visualization, Writing- original
draft, Writing- review & editing โดยผู้นิพนธ์แต่ละคนต้องเห็นชอบร่วมกันตอบบทบาทที่ระบุไว้ในบทความ
ศึกษาความหมายของแต่ละบทบาท [\[คลิกที่นี่\]](#)

ตัวอย่างการเขียน Author contribution

Piaseu N: Conceptualization, Methodology, Project administration, Funding acquisition; **Thongbai W:** Data curation, Formal analysis; **Wannasundat S:** Visualization, Writing- original draft, Writing- Reviewing and Editing.

การป้องกันการคัดลอกผลงานทางวิชาการ (Plagiarism)

ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าบทความที่ส่งเข้ามาได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มีการคัดลอกผลงานทางวิชาการ (plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เรื่องนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นประเด็นจริยธรรมของผู้นิพนธ์บทความ โดยทางศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) จะมีระบบสำหรับตรวจสอบการคัดลอกผลงานทางวิชาการของบทความที่ส่งเข้าในระบบ ThaiJO ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการคัดลอกผลงานทางวิชาการเพิ่มเติมที่

https://www.nstda.or.th/home/knowledge_post/how-to-avoid-plagiarism/

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

บทความวิจัยทุกเรื่องที่ทำเนิการวิจัยในคน จะต้องแนบเอกสารที่แสดงว่างานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนส่งเข้าระบบพร้อมกับบทความวิจัยต้นฉบับ

นอกจากนี้ในส่วนของการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อเต็มของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่รับรอง และ วันที่ให้การรับรอง

ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ หรือผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

ผู้เขียนบทความที่อาจมีความขัดแย้งทางผลประโยชน์จากการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยในวารสาร ความขัดแย้งทางผลประโยชน์แบ่งได้ 2 ประเภท ประกอบด้วย 1) ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ทางการเงิน (financial conflict of interest) เช่น ผู้วิจัยได้รับเงินทุนวิจัย/รับจ้างให้ทำวิจัยจากหน่วยงาน/องค์กรที่จะได้ประโยชน์จากผลการวิจัย ผู้วิจัยเป็นเจ้าของบริษัท หุ้นส่วน พนักงาน ที่ปรึกษา ของบริษัทที่ผลิตนวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เป็นต้น และ 2) ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ที่ไม่ใช่การเงิน (non- financial conflicts of interest) เช่น ผู้วิจัยมีตำแหน่งบริหาร หรือ ทำงานในสถาบันที่ผลิตวารสาร ผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีตำแหน่งหรือบทบาทในส่วนงานที่จัดทำวารสาร เช่น กองบรรณาธิการ บรรณาธิการ เป็นต้น

วารสาร JTNCM ขอให้ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับความขัดแย้งทางผลประโยชน์ เป็นภาษาอังกฤษ ในบทความ ส่วนของ Conflict of interest

Example 1: The authors declare no conflicts of interest regarding this manuscript.

Example 2: The authors have received research funding from the Thai Medical Supply Company that manufactures a smart watch tested in this study.

Example 3: Pawinee Boonmak is a member of the editorial board of the JTNCM. Weena Sombadwong and Anusorn Poosai are no conflicts of interest to declare.

การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI Use disclosure)

การใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ (generative AI) และการใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ช่วย (AI-assisted technologies) ในขั้นตอนของการเขียนบทความ (ในที่นี้ไม่รวมการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในกระบวนการวิจัย) ขอให้ผู้พิมพ์อ่านบทบทวน พิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมของเนื้อหาสาระที่ได้จากการใช้ปัญญาประดิษฐ์และปรับแก้ไข ผู้พิมพ์ถือเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อสิ่งที่เขียนและเผยแพร่

เฉพาะบทความที่มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการเขียนบทความ ขอให้ผู้เขียนเพิ่มความเข้มแข็งการใช้ปัญญาประดิษฐ์ช่วยในการเขียนบทความเป็นภาษาอังกฤษที่ท้ายบทความ ส่วนของ AI Use disclosure ตัวอย่างดังนี้

Example: The author(s) used [NAME TOOL] in order to [REASON]. After using this tool, the author (s) reviewed and edited the content as needed and take(s) full responsibility for the content of the publication.

การกำหนดให้มีการลงทะเบียนก่อนการศึกษาวิจัย

งานวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม และ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์หอคิ
มาน กำหนดให้ต้องมีการลงทะเบียนชื่อเรื่องและการดำเนินการวิจัย กับหน่วยงานที่รับลงทะเบียนก่อน
ดำเนินการวิจัย และระบุหน่วยงานที่รับลงทะเบียน และเลขที่รับรอง ในบทความ

แหล่งที่รับลงทะเบียนงานวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) หรือ Thai Clinical Trials Registry (TCTR)

แหล่งที่รับลงทะเบียนงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์หอคิ
มาน ศึกษาเพิ่มเติม
ได้ที่ PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)

องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ

วารสารสภาการพยาบาลขอแนะนำให้ผู้เขียนบทความยึดถือข้อแนะนำที่เป็นมาตรฐานสากล (international recommendation) สำหรับเป็นแนวทางในการเขียนบทความแต่ละประเภท เช่น CONSORT สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง (clinical trials), STROBE สำหรับงานวิจัยเชิงสังเกต (observational study), SRQR สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative studies), PRISMA สำหรับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หอคิ
มาน, CARE สำหรับรายงานกรณีศึกษา (case report) และ AGREE สำหรับการ
พัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (clinical practice guidelines) ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่
ลิงค์ **Equator Network Reporting Guidelines** องค์ประกอบของบทความต้นฉบับของงานวิจัยแต่ละ
ประเภท จะสอดคล้องกับข้อแนะนำที่เป็นมาตรฐานสากลในการเขียนบทความแต่ละประเภท ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study)

องค์ประกอบของบทความของงานวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย บทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย การออกแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ (ความยาวบทคัดย่อขยาย ไม่รวมชื่อเรื่องและคำสำคัญ อย่างน้อย 800 คำ) ส่วนของบทคัดย่อขยายภาษาอังกฤษ จะมีบทคัดย่อแบบกราฟิก (graphical abstract) นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ อยู่ระหว่างชื่อผู้วิจัย และ บทคัดย่อขยาย

องค์ประกอบของเนื้อหาบทความวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดของการวิจัย (หากเป็นไดอะแกรม/แผนภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อย่อย ประกอบด้วย แบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย (ส่วนที่เป็นตาราง กราฟ หรือ ภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผล ข้อจำกัดของการศึกษา ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย กิตติกรรมประกาศ Declaration Statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI use disclosure และ References ตามลำดับ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

องค์ประกอบของบทความวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย บทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย การออกแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ (ความยาวบทคัดย่อขยาย ไม่รวมชื่อเรื่องและคำสำคัญ อย่างน้อย 800 คำ) ส่วนของบทคัดย่อขยายภาษาอังกฤษ จะมีบทคัดย่อแบบกราฟิก (graphical abstract) นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ อยู่ระหว่างชื่อผู้วิจัยและบทคัดย่อขยาย

องค์ประกอบของเนื้อหาบทความวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี) (หากเป็นไดอะแกรม/แผนภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อย่อย ประกอบด้วย กระบวนการวิจัย ลักษณะของผู้วิจัยและการสะท้อนกลับ บริบท การเลือกผู้ร่วมวิจัย การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และ ความน่าเชื่อถือของข้อมูล) ผลการวิจัย (ส่วนของตาราง กราฟ หรือ ภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผล ข้อจำกัดของการศึกษา ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ Declaration statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI use disclosure และ References ตามลำดับ

บทความวิชาการ และ รายงานกรณีศึกษา (Literature review/Case report)

องค์ประกอบของบทความวิชาการและรายงานกรณีศึกษา ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ บทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์ สำคัญ หรือกรณีศึกษา สรุปและข้อเสนอแนะ (ความยาวบทคัดย่อขยาย ไม่รวมชื่อเรื่องและคำสำคัญ อย่างน้อย 800 คำ) ส่วนของบทคัดย่อขยายภาษาอังกฤษ จะมีบทคัดย่อแบบกราฟิก (graphical abstract) นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ อยู่ระหว่างชื่อผู้วิจัยและบทคัดย่อขยาย

องค์ประกอบของเนื้อหาบทความทบทวนวรรณกรรม จะประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ สำคัญ (ผู้พิมพ์กำหนดหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม) สรุปและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ Declaration statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI Use disclosure และ References ตามลำดับ

องค์ประกอบของเนื้อหากรณีศึกษา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ สำคัญ (ผู้พิมพ์กำหนดหัวข้อใหญ่และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม) กรณีศึกษา (หัวข้อย่อยประกอบด้วย ข้อมูลของกรณีศึกษา อาการทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษา/การพยาบาล และ ผลลัพธ์) การอภิปราย สรุปและข้อเสนอแนะ การให้คำยินยอม กิตติกรรมประกาศ Declaration statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI use disclosure และ References ตามลำดับ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ

(Systematic review and meta-analysis)

องค์ประกอบของบทคัดย่อของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย บทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ การออกแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ (ความยาวบทคัดย่อ ไม่รวมชื่อเรื่องและคำสำคัญ อย่างน้อย 800 คำ) ส่วนของบทคัดย่อขยายภาษาอังกฤษ จะมีบทคัดย่อแบบกราฟิก (graphical abstract) นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ อยู่ระหว่างชื่อผู้วิจัยและบทคัดย่อขยาย

องค์ประกอบของเนื้อหาบทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย (หัวข้อย่อย ประกอบด้วย การออกแบบการวิจัย คุณสมบัติของงานวิจัย แหล่งข้อมูล วิธีการสืบค้น การคัดเลือกงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินความเสี่ยงต่ออคติ การคำนวณค่าอิทธิพล วิธีการสังเคราะห์) ผลการวิจัย (กรณีที่เป็นตาราง ภาพ แผนภูมิ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผล ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อเสนอแนะ เอกสารเพิ่มเติม (ถ้ามี)

กิตติกรรมประกาศ Declaration statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI use disclosure และ References ตามลำดับ

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guidelines development)

องค์ประกอบของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย บทคัดย่อขยาย (Extended abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ (ความยาวบทคัดย่อขยาย ไม่รวมชื่อเรื่องและคำสำคัญ อย่างน้อย 800 คำ) ส่วนของบทคัดย่อขยายภาษาอังกฤษ จะมีบทคัดย่อแบบกราฟิก (graphical abstract) นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ

องค์ประกอบของเนื้อหาบทความวิจัยการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย (หากเป็นไดอะแกรม/แผนภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการวิจัย (หัวข้อย่อย ประกอบด้วย การออกแบบการวิจัย กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินผลลัพธ์ (หัวข้อย่อยประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย (ส่วนของตาราง กราฟ หรือ ภาพ ขอให้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผล ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ Declaration statements: 1) Conflict of interest, 2) Author contribution, 3) AI use disclosure และ References ตามลำดับ

รูปแบบการเตรียมบทความต้นฉบับ

- ขอให้ผู้พิมพ์ใช้ Template Microsoft Word file ที่ทางวารสารเตรียมให้สำหรับบทความแต่ละประเภท มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใน template จะมีข้อแนะนำการเขียน และ link URL ถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ดาวน์โหลดได้จาก Download Template ข้างล่าง หรือที่ Download ด้านขวาของหน้าเว็บไซต์ของวารสารสภาการพยาบาล
- กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง บน ล่าง ซ้าย ขวา
- ต้นฉบับบทความภาษาไทย พิมพ์ด้วย Microsoft Word ตัวอักษร TH Sarabun New, Font ขนาด 16 point สำหรับภาษาไทยและอังกฤษ ส่วนบทความต้นฉบับภาษาอังกฤษทั้งฉบับ ให้ใช้ตัวอักษร Times New Roman Font ขนาด 12 point เว้นระยะห่าง single space
- ระบุเลขหน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา
- ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกด้วยชื่อเต็มก่อนแล้วจึงใช้ชื่อย่อในภายหลัง

- การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวอักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกพิมพ์ตัวอักษรตัวใหญ่
- ส่วนที่เป็น ชื่อตาราง สารในตาราง ชื่อภาพ แผนภูมิ และรายละเอียด **นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ**
- ความยาวส่วนเนื้อหาของบทความไม่เกิน 15 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

บทคัดย่อแบบกราฟิก (Graphical Abstract)

• บทคัดย่อแบบกราฟิก คือ การนำเสนอเนื้อหาหลักของงานวิจัย หรือบทความวิชาการในรูปแบบของภาพเพียงภาพเดียว เพื่อสรุปผลลัพธ์ที่สำคัญและแนวคิดหลักของงานวิจัยนั้น ๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดึงดูดความสนใจของผู้อ่านและช่วยให้เข้าใจเนื้อหาโดยรวมของงานวิจัยได้อย่างรวดเร็ว สามารถดูตัวอย่างได้จากวารสารของสภาการพยาบาลฉบับก่อนหน้า

• การจัดทำบทคัดย่อแบบกราฟิกเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้ใช้ Graphical Abstract Template ที่ทางวารสารจัดทำขึ้น ดาวน์โหลดได้ที่ Download Template ข้างล่าง หรือ Download บริเวณด้านขวาของเว็บไซต์ของวารสาร

• การจัดทำบทคัดย่อแบบกราฟิกภาษาอังกฤษ ขอให้ส่งเป็นไฟล์ Microsoft Power Point เพื่อให้สามารถบรรณาธิการ (edit) ภาษาได้ โดยส่งเข้าระบบพร้อมกับไฟล์บทความต้นฉบับ

การอ้างอิงในเนื้อหาและเอกสารอ้างอิง (Citation and References)

การอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ วารสารสภาการพยาบาลกำหนดให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) และเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ ตามคำแนะนำการเขียนเอกสารอ้างอิงของวารสาร เอกสารอ้างอิงต้องทันสมัย (update) ตรงกับเนื้อหาในบทความ และ ไม่ควรเกิน 30 รายการ เอกสารอ้างอิงที่เป็นออนไลน์ทุกรายการ จะต้อง มี URL ที่สามารถเข้าถึงเอกสารได้ทันที และเอกสารอ้างอิงที่เป็นภาษาไทย ขอให้เติมคำว่า (in Thai) หลังเอกสารอ้างอิงนั้น ๆ รายละเอียดเกี่ยวกับการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด สามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ [Link](#)

ดาวน์โหลดแม่แบบต้นฉบับบทความภาษาไทย

(Download Thai manuscript templates)

- R1. Thai Manuscript Template for Quantitative Research [[Download](#)]
- R2. Thai Manuscript Template for Qualitative Research [[Download](#)]
- R3. Thai Manuscript Template for Literature Review - A Case Study Report [[Download](#)]
- R4. Thai Manuscript Template for Systematic Review/Meta-analysis [[Download](#)]
- R5. Thai Manuscript Template for Clinical Practice Guidelines Development [[Download](#)]

Graphical Abstract Template [\[Download\]](#)

กระบวนการพิจารณาและเผยแพร่บทความ (Editorial & Publishing process)

กระบวนการพิจารณาและเผยแพร่บทความของวารสาร JTNCM ตั้งแต่ได้รับบทความต้นฉบับถึงการเผยแพร่บทความ สรุปได้ดังนี้

การประเมินคุณภาพบทความเบื้องต้น

เมื่อบทความของท่านเข้าสู่ระบบของวารสาร ในขั้นตอนแรก ทางวารสารจะดำเนินการตรวจสอบว่าการเตรียมต้นฉบับเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนดหรือไม่ รวมถึงการตรวจสอบการลอกเลียนผลงาน (plagiarism) และการใช้รูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องตามที่วารสารกำหนด หากไม่เป็นไปตามที่กำหนด ทางวารสารจะขอให้ผู้พิมพ์ดำเนินการแก้ไข โดยให้เวลาประมาณ 3-5 วัน หากไม่มีการดำเนินการแก้ไขส่งกลับมาบทความจะไม่ได้รับการพิจารณาในขั้นตอนต่อไป และแจ้งกลับไปยังผู้พิมพ์ทราบ

ขั้นตอนต่อไปบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาสาระของบทความในเบื้องต้นว่าอยู่ในขอบเขต (scope) ของวารสารและมีคุณภาพเพียงพอที่จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาหรือไม่ หากสาระของบทความไม่อยู่ในขอบเขต (scope) ของวารสารและมีคุณภาพไม่เพียงพอที่จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา วารสารจะดำเนินการแจ้งกลับไปยังผู้แต่งถึงการไม่รับพิจารณาตีพิมพ์

การประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

เพื่อความเป็นธรรมและความโปร่งใส ต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยจะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและจริยธรรมของสาระในบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน กระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด (double blinded)

ในกรณีที่บทความสอดคล้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางวารสารจะส่งต่อไปยังผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ และแจ้งแก่ผู้พิมพ์ว่ากำลังอยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาคุณภาพบทความโดยมีแบบฟอร์มการประเมินตามประเภทของบทความ ได้แก่ บทความวิชาการ งานวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยเชิงปริมาณ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

ผลการประเมินคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เห็นสมควรเผยแพร่โดยไม่ต้องแก้ไขเพิ่มเติม เห็นสมควรเผยแพร่แต่ต้องแก้ไขตามคำแนะนำ และเห็นสมควรปฏิเสธการรับตีพิมพ์

การดำเนินการภายหลังแก้ไขบทความ

เมื่อบทความแต่ละเรื่องได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้จัดการ/เจ้าหน้าที่ของวารสารจะส่งบทความให้โรงพิมพ์เพื่อจัดทำเป็นบทความตามรูปแบบของวารสาร และส่งกลับให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อผู้

นิพนธ์ส่งกลับมา ผู้จัดการวารสารประสานกับโรงพิมพ์เพื่อแก้ไข เมื่อแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ส่งให้บรรณาธิการวารสารตรวจสอบ และอนุมัติให้เผยแพร่ทางหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

ขั้นตอนการรับบทความเข้าสู่ระบบจนถึงขั้นตอนการตอบรับการตีพิมพ์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน ขึ้นอยู่กับคุณภาพของบทความต้นฉบับและจำนวนครั้งของการแก้ไข ส่วนการเผยแพร่นั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนบทความที่รอการเผยแพร่ วารสารสภาการพยาบาลไม่มีนโยบายในการรับตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

การชำระค่าธรรมเนียมการพิจารณาและเผยแพร่บทความ

วารสารสภาการพยาบาล กำหนดให้ผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมการพิจารณาและเผยแพร่บทความ เมื่อบรรณาธิการได้มอบหมายบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ภายหลังจากบรรณาธิการมอบหมายบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ผู้จัดการวารสาร/เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมการพิจารณาและเผยแพร่บทความต่อเรื่อง เท่ากับ 5,500 บาท (ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยชำระค่าธรรมเนียมฯ ได้ที่ <https://services2.tnmc.or.th/request/form/A2>

กรณีที่บทความ “ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์” ด้วยเหตุผลใด ๆ ก็ตาม เช่น คุณภาพของบทความ การผิดจริยธรรมการเผยแพร่บทความ ผู้นิพนธ์ไม่สามารถแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิได้สมบูรณ์ภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือ ผู้นิพนธ์ขาดการติดต่อ ผู้นิพนธ์จะไม่สามารถขอเงินค่าธรรมเนียมที่ชำระไว้คืนได้

คำแนะนำในการส่งบทความ (Submission Guidelines)

วารสารสภาการพยาบาลรับต้นฉบับบทความ (manuscript) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น เมื่อท่านเตรียมต้นฉบับบทความเรียบร้อยแล้ว ขอให้ผู้ประพันธ์บทความ (corresponding author) ทำการลงทะเบียนผู้ใช้ (Register) หรือ ลงชื่อเข้าใช้ (log in) แล้วส่งบทความเข้าระบบโดยปฏิบัติตาม “คำแนะนำในการส่งบทความ” (submission guidelines) รายละเอียดดังนี้

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

ก่อนการส่งบทความ ผู้นิพนธ์ต้องแน่ใจว่าได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดรายการตรวจสอบก่อนส่งบทความทุกข้อ ดังนี้

- ☐ ผู้นิพนธ์ใช้แม่แบบต้นฉบับ (manuscript template) ตามที่วารสารสภาการพยาบาลกำหนดในการเตรียมต้นฉบับบทความ มีความยาวตามที่วารสารกำหนด และมีบทคัดย่อกราฟิก (graphical abstract)
- ☐ ต้นฉบับบทความมีเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ขอบเขต และประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ของวารสารฯ

- ❑ ผู้พิมพ์ปฏิบัติตามข้อแนะนำที่เป็นมาตรฐานสากล (international recommendation) สำหรับเป็นแนวทางในการเขียนบทความต้นฉบับแต่ละประเภท ศึกษาได้จาก Equator Network

<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

- ❑ CONSORT สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง (clinical trials)
[CONSORT Checklist], [CONSORT Expanded Checklist], [CONSORT Statement]
- ❑ STROBE สำหรับงานวิจัยเชิงสังเกต (observational study)
STROBE Checklist: [Combined], [Cohort Studies], [Case-Control Studies],
[Cross-sectional Studies], [STROBE Statement]
- ❑ SRQR สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative studies)
[SRQR Checklist], [SRQR Statement]
- ❑ PRISMA สำหรับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมาน
[PRISMA 2020 Abstract Checklist], [PRISMA 2020 Checklist]
- ❑ CARE สำหรับรายงานกรณีศึกษา (case report)
[CARE Checklist], [CARE Statement]
- ❑ AGREE สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (clinical practice guidelines)
[AGREE Checklist], [AGREE Development]

หมายเหตุ: งานวิจัยรูปแบบอื่น ๆ สามารถดาวน์โหลด checklist ได้จาก Equator Network

<https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>

- ❑ บทความต้นฉบับ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนหรือไม่อยู่ระหว่างการรอผลการพิจารณาจากวารสารอื่น หรือส่งไปเผยแพร่ยังวารสารอื่นในเวลาเดียวกัน
- ❑ ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการ/วิจัย และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาของสาระของต้นฉบับบทความก่อนส่งเข้าระบบของวารสาร JTNCM
- ❑ ผู้พิมพ์ต้องตรวจสอบเนื้อหาสาระในบทความต้นฉบับและแน่ใจว่าไม่มีการคัดลอกผลงานทางวิชาการ (Plagiarism)
- ❑ บทความต้นฉบับที่เป็นบทความวิจัย โครงการวิจัยนั้นจะต้องมีหลักฐานการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มีเลขที่รับรองและระยะเวลาที่ได้รับการรับรอง

- ☐ เฉพาะกรณีที่บทความต้นฉบับนั้นเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยต้องลงทะเบียนงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial) กับหน่วยงานรับลงทะเบียนที่ได้รับการยอมรับ เช่น WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) หรือ Thai Clinical Trials Registry (TCTR)
- ☐ เฉพาะกรณีที่บทความต้นฉบับนั้นเป็นงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์ห่อภิรณ ผู้วิจัยต้องลงทะเบียนกับแหล่งที่รับลงทะเบียนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์ห่อภิรณที่ได้รับการยอมรับ เช่น PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews)

รายการเอกสารที่ต้องส่งเข้าระบบ

การส่งต้นฉบับบทความเพื่อตีพิมพ์กับวารสารสภาการพยาบาล ส่งทางระบบวารสารที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/about/submissions> รายการเอกสารประกอบด้วย

- ☐ 1. แบบฟอร์มข้อตกลงในการตีพิมพ์ [Download]
- ☐ 2. รายการตรวจสอบการปฏิบัติตามข้อแนะนำที่เป็นมาตรฐานสากลในการเขียนบทความแต่ละประเภท
 - ☐ งานวิจัยเชิงทดลอง (clinical trials) [CONSORT Checklist]
 - ☐ งานวิจัยเชิงสังเกต (observational study) [STROBE Checklist Combined]
 - [Cohort Studies], [Case-Control Studies], [Cross-sectional Studies]
 - ☐ งานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative studies) [SROR Checklist]
 - ☐ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิรณ
 - [PRISMA 2020 Abstract Checklist], [PRISMA 2020 Checklist]
 - ☐ รายงานกรณีศึกษา (case report) [CARE Checklist]
 - ☐ การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (clinical practice guidelines)
 - [AGREE Checklist]
 - ☐ อื่น ๆ คำนวณได้จาก Equator Network <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/>
- ☐ 3. บทความต้นฉบับ (manuscript) ในรูปแบบของ Microsoft word file
- ☐ 4. บทความย่อกราฟิก (graphical abstract) ในรูปแบบของ Microsoft power point file
 - [Graphical Abstract Template]
- ☐ 5. กรณีที่เป็นบทความวิจัย แนบเอกสารรับรองว่าโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน

คน โดยต้องมีชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เลขที่รับรอง และระยะเวลาที่รับรอง

- ☐ 6. กรณีที่เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง แบบหลักฐานการลงทะเบียนงานวิจัยเชิงทดลอง
- ☐ 7. กรณีที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์ห่อภิมาณ แบบหลักฐานการลงทะเบียนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ/การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

เมื่อผู้นิพนธ์ส่งต้นฉบับเข้าระบบได้สำเร็จ จะมีจดหมายข้อความแจ้งไปยังอีเมลที่ท่านได้แจ้งไว้ในระบบ เมื่อกองบรรณาธิการได้ผลการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว บรรณาธิการ/ผู้ช่วยบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณา และข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไข ผ่านทางระบบวารสารและอีเมลที่ท่านได้แจ้งไว้ ผู้นิพนธ์สามารถติดตามความก้าวหน้าของกระบวนการพิจารณาและเผยแพร่บทความทางระบบโดยไปที่เว็บเพจของวารสาร สภาการพยาบาล คลิกที่เมนู การส่งบทความ > ดูการส่งที่รอดำเนินการ ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/about/submissions> เมื่อบทความได้รับการเผยแพร่ในระบบของวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ จะมีอีเมลแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ