วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย
Thai Red Cross Nursing Journal

Volume 19 No. 1 January - April 2026 / ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569

ISSN: 3027-6489 (Online)

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากผ่านการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว — ณัฐยา แย้มศิริ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง
- บทบาทพยาบาลปฐมภูมิกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจกับการพัฒนาระบบดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี — อัจฉรา วริลุน ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ โชติระวี อินจำปา

บทความวิจัย

- Effects of Simulation-Based Teaching and Learning with Structured Debriefing on Nursing Students' Learning Experiences in a Maternal-Neonatal Nursing Course: A Mixed - Methods Study — Phat Prapawichar, Nungruetai Kanchantr, Jitlada Thawornkul, Onouma Thummapol
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 — เนื้อทิพย์ หมู่มาก ธนิสา อนุญาหงษ์ กิตติยา พิมพาเรือ
- ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ — ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ ธัญทิพย์ คลังชำนาญ
- ความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและโพแทสเซียมต่ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง — ประณีตศิลป์ เชาวน์ลักษณ์สกุล ศรีสุดา งามขำ
- ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก — นูไรฮัน หิแต ธีริศ เทพเฉลิม สร้อยฟ้า ปิ่นสุวรรณ

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย
(Thai Red Cross Nursing Journal)

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ การสาธารณสุข และนวัตกรรมด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ และนักวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล ความรู้ทางวิชาการด้านการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้นำและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศได้
3. เพื่อเป็นการสร้างเสริมเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และนักนวัตกรด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตสาขาวิชา (Scope of Published Fields' Study)

สาขาวิชาที่รับตีพิมพ์ ได้แก่ การพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความทั่วไป และปกิณกะ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ อรรถารส	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์	รองอธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ประคิณ สุจฉายา	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัตธราดร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร์ บัวบุญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉรียา ปทุมวัน	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดประนอม สมันตเวคิน	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ โอบอ้อม	ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง แบบครบวงจรแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทราบูลย์ นาคสู่สุข	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิษฐ์	นักวิชาการอิสระ (Former CAO, Headquarter Office, World Organization of Family Medicine)
ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก)
รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล อาภาสสกุล	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริทสกุล	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ บุญเนตร	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา บุญสวัสดิ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรส ภักดีโต	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.บัวหลัน หินแก้ว	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
อาจารย์ ดร.สายใหม ตุ้มวิจิตร	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ฝ่ายบริหารจัดการ:

นางเมทิกา คำพรัด นางสาวปนิดา กิตตินวเสนีย์ นางกรรณิกา หวังพัฒน์

เจ้าของ:

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2256 4093-9

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในวารสารพยาบาลสภากาชาดไทยนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนบทความนั้น ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ดำเนินมาถึง ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 /2569 และมีบทความที่น่าสนใจ ซึ่งผู้เขียนหลายท่านให้ความสนใจมาขอรับการพิจารณาและตีพิมพ์ ในบทความฉบับนี้มีความหลากหลายใช้ระเบียบวิธีวิจัย ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงผสมผสาน ทั้งนี้ผู้เขียนหลายท่านมีความทุ่มเทและตั้งใจ ยินดีแก้ไขผลงานให้เป็นที่ประจักษ์จนได้เนื้อหาที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยเนื้อหาต่อไปนี้

ด้านการพยาบาลสาขาเด็กและเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการกับเด็ก ได้แก่ 1) บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากผ่านการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว และ 2) บทบาทพยาบาลปฐมภูมิกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจกับการพัฒนาระบบดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี

ด้านปฏิบัติการทางคลินิก มี 3 เรื่อง คือ 1) ความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและโพแทสเซียมต่ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง 2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 3) ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

ด้านการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และ 2) ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้างต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก: การวิจัยแบบผสานวิธี

บทความที่กล่าวมานี้ บรรณาธิการคาดหวังว่าผู้อ่านซึ่งได้อ่านเนื้อหาเรื่องดังกล่าว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์และภายหลังคลอด

ท้ายที่สุดนี้ เนื่องจากในฉบับดังกล่าวการจัดพิมพ์อยู่ในช่วงเทศกาลปีใหม่สากลและปีใหม่ไทย บรรณาธิการ กองบรรณาธิการ ตลอดจนกองจัดการ ขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยดลบันดาลแก่ผู้เขียนและผู้อ่าน มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งระวี นาวีเจริญ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลสภากาชาดไทย

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากผ่านการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว — ณัฐยา แย้มศิริ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง — 1
- บทบาทพยาบาลปฐมภูมิกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจกับการพัฒนาระบบดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี — อัจฉรา วริลุน ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ โชติระวี อินจำปา — 18

บทความวิจัย

- Effects of Simulation-Based Teaching and Learning with Structured Debriefing on Nursing Students' Learning Experiences in a Maternal-Neonatal Nursing Course: A Mixed - Methods Study — Phat Prapawichar Nungruetai Kanchantr Jitlada Thawornkul Onouma Thummapol — 38
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 — เนื้อทิพย์ หมู่มาก ธนิสา อนุญาหงษ์ กิตติยา พิมพาเรือ — 57
- ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ — ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ ธัญทิพย์ คลังชำนาญ — 75
- ความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและโพแทสเซียมต่ำและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง — ประณีตศิลป์ เชาวน์ลักษณ์สกุล ศรีสุดา งามขำ — 94
- ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก — นูไรฮัน หิแต ธีริศ เทพเฉลิม สร้อยฟ้า ปิ่นสุวรรณ — 113

บทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ผ่านการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว

Advanced Nursing Roles in Caring for Extremely Low Gestational Age Newborns through Family-Integrated Care

ณัฐยา แย้มศิริ* สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง**
Nattaya Yamsiri* Sudaporn Payakkaraung**

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก หรือทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสรีรวิทยาและเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาว บทความวิชาการจากการทบทวนวรรณกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคำจำกัดความ อุบัติการณ์ และ สรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก รวมทั้งระบุบทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลทารกกลุ่มนี้ ตามแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับบิดามารดาในการ

Received: January 27, 2026 Revised: April 13, 2026 Accepted: April 21, 2026

* Corresponding Author, พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลทารกแรกเกิด งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ 10700. E-mail: ny.ning2524@gmail.com

* Corresponding Author, Registered Nurse, Neonatal Intensive Care Unit, Division of Pediatric Nursing, Department of Nursing, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand, 10700. E-mail: ny.ning2524@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700. E-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand, 10700. E-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

ดูแลทารก ซึ่งมีบทบาทสำคัญ 10 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลระบบทางเดินหายใจ 2) การจัดการสภาวะสมดุลอุณหภูมิ 3) การจัดการสารน้ำและโภชนาการทางหลอดเลือด 4) การส่งเสริมโภชนาการและการสร้างภูมิคุ้มกันทางเดินอาหาร 5) การรักษาความสมบูรณ์ของผิวหนังและป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับ 6) การปกป้องระบบประสาทและป้องกันภาวะเลือดออกในโพรงสมอง 7) การเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ 8) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 9) การจัดการภาวะสารบิลิรูบินในเลือดสูง และ 10) การสนับสนุนทางจิตสังคมแก่บิดามารดาและครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 10 ด้านนี้ ไม่เพียงแต่เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต แต่ยังช่วยลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนให้แก่ทารกและลดภาระในครอบครัว ข้อเสนอแนะ ควรมีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบและศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวทางนี้ในบริบทของประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ทารกเกิดก่อนกำหนด บทบาทพยาบาลขั้นสูง หออภิบาลทารกแรกเกิด

Abstract

Extremely low gestational age newborns (ELGANs), defined as infants born before 28 weeks of gestation, represent a physiologically fragile population at high risk for severe complications affecting long-term quality of life. This academic article, based on a literature review, aims to explain the definition, incidence, and physiology of ELGANs, as well as identify advanced nursing roles in caring for this group, according to the Family-Integrated Care (FICare) concept of building parental confidence in infant care. This concept encompasses ten key dimensions: 1) respiratory management, 2) thermal homeostasis management, 3) fluid and parenteral nutrition management, 4) promoting nutrition and gut immunity, 5) maintaining skin integrity and prevention of pressure injuries, 6) neuroprotective care and intraventricular hemorrhage prevention, 7) vital sign monitoring, 8) infection prevention and control, 9) hyperbilirubinemia management, and 10) psychosocial support for parents and families. The implementation of comprehensive care across these ten dimensions not only improves survival rates but also reduces disability and promotes sustainable quality of life for infants, while alleviating the burden on families. Recommendations include the systematic synthesis of evidence to develop clinical practice guidelines and further research to test the effectiveness of this approach within the Thai context.

Keywords: quality of life, preterm infants, advanced nursing roles, neonatal intensive care unit

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก (Extremely Low Gestational Age Newborns: ELGANs) คือทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เป็นทารกแรกเกิดกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าทารกครบกำหนด[1] ทารกกลุ่มนี้ถือเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความเปราะบางอย่างยิ่ง (vulnerability) เนื่องจากอวัยวะสำคัญยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด แม้อัตราการเกิดของทารกกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยให้ทารกกลุ่มนี้มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก โรคปอดเรื้อรัง ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง ภาวะลำไส้เน่าอักเสบ และความบกพร่องทางพัฒนาการในระยะยาว[2] ในอดีตการพยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) จะมุ่งเน้นการดูแลเพื่อรักษาชีวิตด้านร่างกายของทารกเป็นหลัก แต่ขาดการบูรณาการการดูแลในมิติด้านจิตสังคมและความต่อเนื่อง ขาดการเน้นการมีส่วนร่วมในการให้บิดามารดาหรือครอบครัวได้เข้าร่วมดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลทารก ทารกและบิดามารดาเกิดภาวะแยกจาก (separate deprivation) ที่ส่งผลกระทบถึงความรักความผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารก จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลที่อาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทารกในระยะยาว

การพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กในปัจจุบันจึงต้องก้าวข้ามจากการดูแลที่เน้นจากการเป็นผู้ให้การดูแลทารก ไปสู่การเป็น “ผู้ฝึกสอนและพี่เลี้ยง” ของบิดามารดา บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายคำจำกัดความ อุบัติการณ์ และสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจความเปราะบางของทารกกลุ่มนี้ รวมทั้งนำเสนอบทบาทพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผ่านแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว (Family-Integrated Care: FI Care) เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้บิดามารดามีสมรรถนะในการเป็นผู้ดูแลหลัก โดยคาดหวังว่าความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในบทความนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้และพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกอย่างเป็นระบบต่อไป

คำจำกัดความ

1. ความเปราะบางของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก หมายถึง ภาวะที่ทารกเผชิญความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ สมอง การมองเห็น การได้ยิน ระบบประสาท และพัฒนาการ ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลใน NICU อย่างใกล้ชิด[3] ทารกกลุ่มนี้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีขนาดตัวเล็กและมีภาวะเปราะบาง (Small Vulnerable Newborns: SVN)[4]

ลักษณะของความเปราะบางของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ในมิติทางด้านสรีรวิทยาและการพัฒนาของอวัยวะภายในร่างกาย ทารกกลุ่มนี้จะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมาก มีอัตราป่วยและเสียชีวิตสูง ซึ่งเรียกว่าเป็นความเปราะบางอย่างเฉียบพลัน (acute fragility)[5] แม้มีความก้าวหน้าทางการแพทย์ แต่ก็ยังมีความเสี่ยงต่อความบกพร่องทางพัฒนาการ ระบบประสาท การเจริญเติบโตล่าช้า ภาวะปอดเรื้อรัง และภาวะเจ็บป่วยอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว[6] ส่วนในมิติด้านครอบครัวและสังคม พบว่าครอบครัวประสบ “การสูญเสียสมดุลครอบครัว” จากภาวะความเปราะบางทางการแพทย์ (medical fragility) ที่ทารกได้รับจากการที่ระบบอวัยวะยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ทำ

ให้ต้องพึ่งพาการดูแลทางการแพทย์อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง[7] ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเครียด ความกลัว และความกังวลต่อความเจ็บป่วยของบุตร[5]

โดยสรุป คำว่า “ความเปราะบาง” ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก จึงไม่ใช่เพียงด้านกายภาพของทารกที่มีความไม่สมบูรณ์ของร่างกายและภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการทรุดลงอย่างรวดเร็วเท่านั้น แต่ความเปราะบางนั้นยังกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบิดามารดาและทารกที่อยู่ในบริบทของการดูแลในภาวะวิกฤตที่มีความไม่แน่นอน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งทารกและครอบครัว

2. หออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) เป็นหน่วยงานในโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเฉพาะเพื่อดูแลทารกแรกเกิดที่มีอาการไม่คงที่ทางการแพทย์ อยู่ในระยะวิกฤต หรือมีความเสี่ยงสูง เช่น ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย รวมทั้งทารกที่มีปัญหาทางร่างกาย มีความพิการแต่กำเนิดจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดที่ซับซ้อน และการช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง หออภิบาลทารกแรกเกิดมีภารกิจหลักในการให้การดูแลทารกที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิตทารก การติดตามสภาวะทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง และการทำหัตถการซับซ้อน เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนของทารก[8,9]

ลักษณะของหออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นสภาพแวดล้อมที่มีเทคโนโลยีสูง มีระบบเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ เครื่องช่วยหายใจ พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต[9]

อุบัติการณ์และโอกาสรอดชีวิตของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก มีอุบัติการณ์โอกาสรอดชีวิตมากขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงสูงอยู่ทั่วโลก จากการศึกษาของ Ramaswamy และคณะ[10] ซึ่งใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า อัตราการรอดชีวิตจนถึงเวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของทารกก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีอัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 39 ซึ่งถือว่าต่ำกว่าประเทศที่มีรายได้สูงที่อัตราการรอดชีวิตอยู่ที่ ร้อยละ 90 ของทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมด สำหรับข้อมูลในประเทศไทย มีการศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งระหว่างปี พ.ศ. 2547-2561 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกเกิดก่อนกำหนดลดลงตามอายุครรภ์ที่มากขึ้น โดยอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ เสียชีวิตร้อยละ 60 อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เสียชีวิต ร้อยละ 65 อายุครรภ์ 25–26 สัปดาห์ เสียชีวิต ร้อยละ 40 อายุครรภ์ 27 สัปดาห์ เสียชีวิต ร้อยละ 28 และอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ เสียชีวิต ร้อยละ 20[11] แม้โอกาสในการรอดชีวิตของทารกกลุ่มนี้จะมีมากขึ้น แต่ความเปราะบางทางสรีรวิทยาทำให้ทารกกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ทารกกลุ่มนี้มีภาวะลำไส้เน่าอักเสบ ร้อยละ 8 และภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ร้อยละ 6[10]

ความเปราะบางทางสรีรวิทยา

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความท้าทายทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อนเนื่องจากระบบอวัยวะต่าง ๆ ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์เต็มที่ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

1. ระบบหายใจ (respiratory system)

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก เนื่องจากปอดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงอ่อนแรง และการทำงานของกระบังลมบกพร่อง ขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ทำให้ถุงลมปอดแฟบง่าย และทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก ทำให้พบปัญหาภาวะหยุดหายใจจากการเกิดก่อนกำหนดได้บ่อย ทารกจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางระบบหายใจทันทีภายหลังคลอด อาจได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนแรงดันบวก (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: Nasal CPAP) หรือใส่ท่อช่วยหายใจตามการพิจารณาของแพทย์[12] นอกจากนี้ทารกยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคปอดเรื้อรังซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ทารกกลุ่มนี้ที่สามารถรอดชีวิตถึงอายุหลังปฏิสนธิ 36 สัปดาห์ มักจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดเรื้อรัง โดยทารกที่เกิดเมื่อมารดามีอายุครรภ์ 22-24 สัปดาห์พบภาวะโรคปอดเรื้อรังถึงร้อยละ 75[13]

2. ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system)

สมองของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก อยู่ในระยะที่มีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บ ภาวะที่สำคัญที่สุดคือ เลือดออกในสมอง (Intracranial Hemorrhage: IVH) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะเลือดออกในสมองรุนแรง (ระดับ 3 และ 4) ซึ่งพบได้ร้อยละ 14.3 ของทารกกลุ่มนี้ในสหรัฐอเมริกา[13] นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด(PVL) ซึ่งเป็นความเสียหายของเนื้อเยื่อสมองขาว โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ IVH ได้แก่ การไหลเวียนโลหิตที่ไม่คงที่ และความดันโลหิตต่ำหลังคลอด[14] สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาย้อนหลังในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 จากการตรวจคัดกรองภาวะเลือดออกในสมองของทารกเกิดก่อนกำหนด 235 ราย พบความชุกของการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมองร้อยละ 42.10 ส่วนมากเกิดในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 32 สัปดาห์ และมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม[15]

3. ระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal system)

ระบบทางเดินอาหารของทารกกลุ่มนี้มีข้อจำกัดทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงาน การเคลื่อนไหวและการย่อยมีการระบายอาหารออกจากกระเพาะอาหารล่าช้าร่วมกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ช้า แม้เอนไซม์การย่อยบางชนิดจะเริ่มทำงานภายหลังอายุครรภ์ 24 สัปดาห์ แต่การทำงานของเอนไซม์แลคเตสยังคงอยู่ในระดับต่ำมากจนกว่าอายุครรภ์จะใกล้ครบกำหนดคลอด ทั้งนี้เอนไซม์แลคเตสมีความสำคัญต่อระบบย่อยอาหารทำหน้าที่ย่อยน้ำตาลแลคโตสในนมให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเล็ก (กลูโคสและกาแลคโตส) หากมีน้อยอาจทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารทำได้ไม่เต็มที่ ส่วนกลไกการป้องกันเยื่อบุลำไส้มีความสามารถในการป้องกันระดับต่ำ เสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะลำไส้เน่าอักเสบ และทำให้เสี่ยงต่อการที่แบคทีเรียจะรุกรานเข้าสู่กระแสเลือด[16] ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนทางเดินอาหารที่ร้ายแรง ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2563 มีการศึกษาในประเทศไทย พบว่า จำนวนทารกแรกเกิด 9,950 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีภาวะลำไส้เน่าอักเสบรุนแรง จำนวน 67 คน คิดเป็นความชุก ร้อยละ 0.67 พบในทารกที่เกิดเมื่อมารดามีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ และมีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม[17]

4. ระบบภูมิคุ้มกันและการป้องกันการติดเชื้อ (immune system and infection protection)

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีระบบภูมิคุ้มกันที่เปราะบางหรือต่ำอย่างยิ่ง เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของระบบอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ไขกระดูก ม้าม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ นอกจากนี้ทารกกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการสร้างภูมิคุ้มกันของตนเองและต้องพึ่งพาภูมิคุ้มกันแบบรับมา (passive immunity) จากมารดาเป็นหลัก โดยเฉพาะอิมมูโนโกลบูลิน (immunoglobulin)

ซึ่งเป็นโปรตีนกลุ่มไกลโคโปรตีนในเลือดที่ทำหน้าที่เป็นแอนติบอดี (antibody) มีบทบาทสำคัญในการจดจำเข้าจับ และทำลายเชื้อจุลชีพแปลกปลอม เช่น แบคทีเรียและไวรัส ทั้งนี้ การส่งผ่านภูมิคุ้มกันชนิดอิมมูโนโกลบูลินจี (IgG) จากมารดาผ่านทางรกจะเกิดขึ้นอย่างมากในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ การเกิดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์น้อยมากทำให้ทารกกลุ่มนี้มีระดับอิมมูโนโกลบูลินในระดับต่ำมากซึ่งสัมพันธ์โดยตรงและเป็นเชิงลบกับอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดระยะแรก (early-onset sepsis) ที่เพิ่มสูงขึ้นแต่อายุครรภ์น้อยลง[18]

5. ระบบไตและการจัดการของเหลว (renal system and fluid management)

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความไม่สมบูรณ์ของไต ทำให้กระบวนการสร้างหน่วยไตยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งโดยทั่วไปจะสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์[6] ส่งผลทำให้ทารกมีอัตราการกรองของไตต่ำ และความสามารถในการควบคุมความเข้มข้นของปัสสาวะจำกัด ในส่วนของสมดุลอิเล็กโทรไลต์ทารกมีความเสี่ยงต่อภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงในช่วง 48 ชั่วโมงแรก และมีการสูญเสียโซเดียมทางปัสสาวะในปริมาณมาก รวมทั้งมีปัญหาเรื่องสมดุลน้ำ ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เนื่องจากไตยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ จึงต้องติดตามสมดุลน้ำและการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด[6]

6. ระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (thermoregulation)

การควบคุมอุณหภูมิมีความสำคัญ เนื่องจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและเลือดออกในสมอง ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก มีพื้นที่ผิวของร่างกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ทำให้ร่างกายสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมได้มาก ส่งผลให้ทารกสูญเสียความร้อนได้ง่าย ทารกจึงต้องการการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นอย่างเข้มงวด รวมถึงการป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง[16]

โดยสรุปทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีความเปราะบางและมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญตั้งแต่ระบบหายใจ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกันและการติดเชื้อ ระบบไตและการจัดการของเหลว และการควบคุมอุณหภูมิและผิวหนัง พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดและครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

การดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว

การดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว (Family-Integrated Care: FICare) คือรูปแบบการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดที่มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของพยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกป่วย เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการและที่ปรึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จาก “ผู้ดูแลหลักเพียงฝ่ายเดียว” มาเป็น “ผู้ฝึกสอนและพี่เลี้ยง” (coach and mentor) ในขณะที่บิดามารดาจะได้รับการส่งเสริมให้เปลี่ยนบทบาทจาก “ผู้สังเกตการณ์” มาเป็น “ผู้ดูแลหลัก” (primary caregiver) ของทารกแม้ในภาวะวิกฤต โดยพยาบาลยังคงทำหน้าที่ในการดูแลทารกอย่างใกล้ชิดและรับผิดชอบในส่วนของการพยาบาลที่ซับซ้อน[19,20] การบูรณาการด้วยหลักการนี้อย่างเป็นระบบไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มสมรรถนะของบิดามารดาและครอบครัว แต่ยังส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของทารก[19]

การดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว ลดการแยกจากกันระหว่างบิดามารดาและทารก เน้นการสร้างความผูกพันผ่านการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (Kangaroo Mother Care: KMC) ให้เร็วที่สุดและนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อสร้างสภาวะสมดุลทางสรีรวิทยาและอารมณ์ให้แก่ทั้งทารกและบิดามารดา โดยมีหลักการที่เป็นเสาหลัก 4 ประการ (four pillars)[21,22] ได้แก่

1) การจัดอบรมให้ความรู้และทักษะบุคลากร (staff education) คือ การฝึกอบรมพยาบาลให้ทักษะในการสอน การสื่อสารเชิงความสัมพันธ์ และการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรให้ยอมรับครอบครัวในฐานะพันธมิตร
2) การจัดอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ดูแล (parent education) ด้วยการมีหลักสูตรการเรียนรู้ที่เป็นระบบ ทั้งการสอนข้างเตียงและการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อให้บิดามารดามีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลทารก
3) การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (psychosocial support) เป็นการลดความเครียดและสร้างพลังอำนาจผ่านเครือข่ายพ่อแม่ที่มีประสบการณ์และการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ
4) การจัดสิ่งแวดล้อมในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU environment) คือ การปรับโครงสร้างและนโยบายที่สนับสนุนให้ครอบครัวสามารถอยู่กับทารกได้ตลอด 24 ชั่วโมง และเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลทารกในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

บทบาทพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก

บทบาทพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีหน้าที่และกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ร่วมกับกรอบแนวคิดความเปราะบางทางสรีรวิทยาและการดูแลที่ปกป้องอวัยวะในระบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทารก ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว ที่เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจมากขึ้น พบว่า พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลทารกที่กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดในแต่ละระบบและครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญเช่นกัน ดังนี้[18,20,23-25]

1. การดูแลระบบทางเดินหายใจ (respiratory management) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากต้องเผชิญกับความท้าทายจากความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างปอดและศูนย์ควบคุมการหายใจร่วมกับสภาวะขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant deficiency) และทางเดินหายใจที่มีขนาดเล็ก ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ภาวะหยุดหายใจจากการเกิดก่อนกำหนด และโรคปอดเรื้อรัง ภาวะพร่องออกซิเจน บทบาทพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาระบบทางเดินหายใจ Schulzke และ Stoecklin[24] ระบุว่า การดูแลต้องครอบคลุมตั้งแต่แรกรับไว้ในหออภิบาลทารกแรกเกิด จนถึงการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

1.1 การเตรียมอุปกรณ์การช่วยหายใจในระยะแรกรับ (initial respiratory support) พยาบาลมีหน้าที่เตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจให้มีความพร้อมใช้งานทันที โดยใช้เครื่องช่วยหายใจที่ติดตั้งชุดวงจรชนิดไร้น้ำ (non-heated wire circuit) ร่วมกับเครื่องควบคุมความชื้น สำหรับการเลือกรูปแบบการช่วยหายใจจะพิจารณาตามอายุครรภ์และสัญญาณชีพเป็นหลัก ในบางประเทศเช่น ญี่ปุ่น แพทย์จะพิจารณาใส่ท่อ

ช่วยหายใจทันทีภายหลังแรกเกิดในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 25 สัปดาห์ ส่วนทารกที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 25 สัปดาห์ขึ้นไป จะพิจารณาใช้การช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (non-invasive ventilation) ด้วยแรงดันบวกต่อเนื่องผ่านทางจมูก (Nasal Continuous Positive Airway Pressure: Nasal CPAP) เพื่อรักษาปริมาตรปอดขณะหายใจออก (Functional Residual Capacity: FRC) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บของปอดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.2 การบริหารยาชนิดสารลดแรงตึงผิวและการบริบาลภายหลังได้รับยา (surfactant administration and post-care) ในกรณีที่ทารกมีภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบาก พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีบทบาทในการจัดเตรียมและสนับสนุนกระบวนการบริหารยาชนิดสารลดแรงตึงผิว ซึ่งในปัจจุบันนิยมใช้เทคนิคการบริหารยาแบบรุกล้ำน้อยที่สุด (Less Invasive Surfactant Administration: LISA) ในทารกที่ได้รับการช่วยหายใจผ่านทางจมูกด้วยแรงดันบวกต่อเนื่อง (Continuous Positive Airway Pressure: CPAP) มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1.2.1 การพยาบาลก่อนได้รับยา: จัดเตรียมเปิดเส้นเลือดดำส่วนปลายและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายซึ่งเตรียมไว้เพื่อบริหารยาคาเฟอีน (caffeine) หรืออะมิโนฟิลลีน (aminophylline) ตามแผนการรักษา โดยแพทย์จะพิจารณาให้ caffeine ขนาด 20 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม หรืออะมิโนฟิลลีนขนาด 8 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ก่อนทำหัตถการ เพื่อกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจและป้องกันภาวะหยุดหายใจจากการเกิดก่อนกำหนด

1.2.2 การพยาบาลภายหลังได้รับยา: สารลดแรงตึงผิวควรได้รับการบริหารโดยเร็วที่สุดภายใน 2 ชั่วโมงหลังเกิดเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ภายหลังได้รับยาพยาบาลต้องงดการดูดเสมหะเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการระบายยาออกจากปอดโดยไม่จำเป็น พร้อมทั้งเฝ้าติดตามรูปแบบการหายใจ สัญญาณชีพ และการทำงานของเครื่องช่วยหายใจอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับการตั้งค่าให้สอดคล้องกับความยืดหยุ่นของปอดที่เพิ่มขึ้น

1.3 แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (nursing care bundles) มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา พยาบาลต้องปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานที่เป็นชุดความรู้เชิงประจักษ์[24] ดังนี้

1.3.1 แนวทางการรักษาด้วยการช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (Non-invasive Ventilation Bundle: NIV Bundle): สำหรับทารกที่ใช้การช่วยหายใจแบบไม่รุกราน พยาบาลต้องตรวจสอบจุดเชื่อมต่อวงจรอย่างสม่ำเสมอ ป้องกันการดึงรั้งของสายที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อรอบจมูกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

1.3.2 แนวทางป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia Bundle: VAP Bundle): สำหรับทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ พยาบาลต้องดูแลไม่ให้มีหยดน้ำค้างในวงจรเครื่องช่วยหายใจ ป้องกันสายหักพับงอ และรายงานแพทย์เพื่อปรับรูปแบบการช่วยหายใจตามแผนการรักษา เพื่อลดการบาดเจ็บของปอดจากปริมาตรก๊าซที่มากเกินไป

1.3.3 การติดตามเป้าหมายการให้ออกซิเจน (oxygen target monitoring): พยาบาลต้องตั้งค่าสัญญาณเตือนและเฝ้าระวังค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ให้เหมาะสมตามอายุครรภ์และระดับความเข้มข้นของออกซิเจนที่ได้รับ ซึ่งเป้าหมายทั่วไปคือร้อยละ 90-95 เพื่อป้องกันภาวะพิษ

จากออกซิเจนที่นำไปสู่โรคปอดเรื้อรัง (Bronchopulmonary dysplasia: BPD) และโรคจอประสาทตาหลุดลอกผิดปกติ (retinal detachment) [24]

1.4 การให้ความรู้และอบรมทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัว เฝ้าสังเกตลักษณะการหายใจปกติและอาการผิดปกติ เช่น ภาวะหยุดหายใจ การช่วยเฝ้าระวังและตรวจสอบตำแหน่งของอุปกรณ์ช่วยหายใจแบบไม่รุกราน (NIV) เช่น สอนบิดามารดาและครอบครัวจัดอุปกรณ์ช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม เพื่อรักษาแรงดันและป้องกันการบาดเจ็บต่อผิวหนังบริเวณจมูก[20, 23]

2. การจัดการสภาวะสมดุลอุณหภูมิ (thermal homeostasis management) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียความร้อนเนื่องจากผิวหนังยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ในห้องคลอดจนถึงหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อรักษาอุณหภูมิกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (36.5-37.5 องศาเซลเซียส) และป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเลือดออกในโพรงสมองโดยมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้[20]

2.1 การเตรียมสภาพแวดล้อมเสมือนครรภ์มารดา (micro-environment preparation) ในการรับทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม พยาบาลต้องจัดเตรียมตู้อบที่รวมคุณสมบัติของตู้อบและเตียงให้ความร้อน (hybrid incubator) พร้อมอุปกรณ์สนับสนุนพัฒนาการ เช่น ที่นอนรังนก (nest) เพื่อช่วยประคองท่าทางและลดสิ่งเร้า โดยตั้งค่าความชื้นสัมพัทธ์ไว้ที่ ร้อยละ 80-90 เพื่อลดการระเหยของน้ำ และปรับอุณหภูมิที่นอน (mattress) ไว้ที่ 39 องศาเซลเซียส โดยเลือกใช้ระบบการควบคุมอุณหภูมิอากาศ (air servo-control mode) เพื่อรักษาภาวะอุณหภูมิที่ทารกใช้พลังงานในการเผาผลาญน้อยที่สุด (Neutral Thermal Environment: NTE)

2.2 การเฝ้าติดตามและปรับอุณหภูมิในช่วงทำหัตถการ (intra-procedural thermal monitoring) ในช่วงที่แพทย์ทำหัตถการ พยาบาลต้องใช้เครื่องวัดอุณหภูมิผิวหนัง (skin probe) ติดบริเวณรักแร้เพื่อให้ได้ค่าอุณหภูมิที่ใกล้เคียงอุณหภูมิแกนกลางร่างกาย ในระยะแรกเกิดทารกกลุ่มนี้ ควรต้องใช้ plastic wrap or plastic bag เพื่อควบคุมอุณหภูมิกาย และควรใส่ไว้ต่อเนื่องจนกระทั่งอุณหภูมิกายมากกว่า 37.1 องศาเซลเซียสและความชื้นคงที่ที่ร้อยละ 80 จึงพิจารณานำถุงพลาสติกออกและปรับการตั้งค่าตู้อบตามสภาวะจริงของทารก

2.3 กลยุทธ์การปรับอุณหภูมิกลับคืนอย่างช้าๆ (slow rewarming strategy) ในกรณีที่ทารกมีอุณหภูมิกายต่ำกว่าหรือเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดต้องใช้กลยุทธ์ปรับอุณหภูมิกลับคืนอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการปรับอุณหภูมิที่เร็วเกินไป โดยตั้งค่าอุณหภูมิภายในตู้อบที่ 36 องศาเซลเซียส และติดตามอุณหภูมิร่างกายเด็กทุก 30 นาที หากอุณหภูมิร่างกายไม่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ให้เพิ่มอุณหภูมิอากาศครั้งละ 1 องศาเซลเซียส จนถึงอุณหภูมิสูงสุดที่ 38 องศาเซลเซียส สำหรับการปรับค่าอุณหภูมิผิวหนัง (skin temperature) ในช่วงอุณหภูมิ 36.9-37.1 องศาเซลเซียส ให้ติดแผ่นควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนัง (skin probe) บริเวณหน้าท้องและปรับค่าครั้งละ 0.1 องศาเซลเซียส จนอุณหภูมิกายคงที่ที่ 37 องศาเซลเซียส ติดต่อกัน 2 ครั้ง เพื่อเข้าสู่สภาวะสมดุลความร้อนอย่างสมบูรณ์

2.4 จัดอบรมและให้ความรู้ แก่บิดามารดาและครอบครัวด้วยการฝึกประเมินและวัดอุณหภูมิร่างกายทารกอย่างถูกวิธี รวมถึงการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (Kangaroo Mother Care: KMC) โดยมารดาหรือบิดาโอบกอดทารกแนบชิดผิวหนังบริเวณหน้าอก ทารกซึ่งใส่เฉพาะผ้าอ้อมอยู่ในท่านอนคว่ำแต่ศีรษะและลำตัว

ตั้งตรง พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดช่วยจัดศีรษะของทารกเอียงให้หูแนบกับผนังหน้าอกข้างซ้ายของมารดาหรือบิดาบริเวณหัวใจและใช้ผ้าคลุมตัวทารกไว้ ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการช่วยรักษาอุณหภูมิกายของทารกให้คงที่และลดความเครียดจากการแยกจากกัน[20,23]

3. การจัดการสารน้ำและโภชนาการทางหลอดเลือด (fluid and parenteral nutrition management) ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากเผชิญกับ “ภาวะฉุกเฉินทางโภชนาการ” เนื่องจากขาดการสะสมสารอาหารในช่วงไตรมาสสุดท้ายขณะอยู่ในครรภ์มารดา พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการสารน้ำและสารอาหารเพื่อป้องกันภาวะเริ่มสลายกล้ามเนื้อและรักษาความสมดุลของระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้[25]

3.1 การบริหารสารน้ำระยะแรก: พยาบาลดำเนินการเปิดเส้นเลือดส่วนปลายเพื่อบริหารสารละลายน้ำตาลกลูโคสชนิด 12.5% Dextrose in Water (12.5% DW) และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ซึ่งพบได้บ่อยในทารกกลุ่มนี้

3.2 การใส่สายสวนหลอดเลือดดำแดงผ่านทางสะดือ: พยาบาลจะเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ชุดทำหัตถการปลอดเชื้อ สายสวนขนาดเหมาะสม สารละลายสำหรับล้างสาย และอุปกรณ์ยึดตรึงสาย พยาบาลในหออภิบาลทารกแรกเกิดจะช่วยแพทย์ในการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (umbilical venous catheter: UVC) และสายสวนหลอดเลือดแดงทางสะดือ (umbilical arterial catheter: UAC) ด้วยการจัดสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์ด้วยวิธีการปลอดเชื้อ (sterile technique) และภายหลังการยืนยันตำแหน่งด้วยภาพถ่ายรังสีวินิจฉัย จะเริ่มบริหารสารอาหาร (Total Parenteral Nutrition: TPN) เข้าสู่หลอดเลือดดำโดยตรง

3.3 การติดตามค่าเกลือแร่หรืออิเล็กโทรไลต์: พยาบาลต้องเฝ้าติดตามระดับอิเล็กโทรไลต์อย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง เนื่องจากทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ

3.4 จัดให้ความรู้และสอนทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบชนิดของสารน้ำ สารละลาย และรอบการให้สารอาหารทางหลอดเลือดร่วมกับพยาบาล สังเกตและรายงานความผิดปกติเบื้องต้นบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือด เช่น รอยแดงหรือบวม และบันทึกปริมาณสารน้ำที่ทารกได้รับในแต่ละวัน[20,23]

4. การส่งเสริมโภชนาการและการสร้างภูมิคุ้มกันทางเดินอาหาร (promoting enteral nutrition and gut immunity) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีระบบทางเดินอาหารที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการบริหารจัดการโภชนาการทางเดินอาหาร (enteral nutrition) ดังนี้[26]

4.1 การประเมินปริมาณนมค้างในกระเพาะอาหาร (Gastric Residual Content: GRC) ก่อนการให้อาหารในแต่ละมื้อ เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของระบบทางเดินอาหารที่ยังไม่สมบูรณ์ของทารก โดยดูดนมที่ค้างในกระเพาะอาหารผ่านสายให้อาหาร ประเมินปริมาณ สี และลักษณะของสารที่ดูดได้เพื่อนำไปพิจารณาวางแผนการให้อาหารอย่างเหมาะสมต่อไป

4.2 การบำบัดด้วยภูมิคุ้มกันผ่านช่องปาก (oral immune therapy: OIT) พยาบาลดำเนินการหยอดน้ำนมแม่ระยะแรก (colostrum) ปริมาณ 0.2 มิลลิลิตร บริเวณกระพุ้งแก้มทุก 3 ชั่วโมง เป็นเวลา 3 วัน เพื่อให้ทารกได้รับอิมมูโนโกลบูลินเอ (secretory IgA) ขั้นตอนดำเนินการนี้มารดาเป็นผู้จัดหาและบีบ

เก็บน้ำนมแม่ระยะแรก (colostrum) เพื่อนำมาทำความสะอาดช่องปากและกระพุ้งแก้มให้ทารก (oral immune therapy) ซึ่งเป็นการส่งผ่านภูมิคุ้มกันโดยตรง เมื่อทารกพร้อมบิดามารดาจะได้รับการฝึกป้อนนมผ่านสายให้อาหารและจดบันทึกปริมาณนมที่ทารกได้รับ[20,23]

4.3 การใช้นมบริจาคและการป้องกันโรค ในกรณีที่น้ำนมแม่มีปริมาณไม่เพียงพอ พยาบาลจะประสานงานกับธนาคารนมแม่เพื่อให้นมบริจาคที่ผ่านการพาสเจอไรซ์ (pasteurized donor milk: PDM) ทางสายยางให้อาหาร เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคลำไส้เน่าอักเสบ แต่ต้องดำเนินการตามระเบียบการยินยอม (informed consent) ปัจจุบันในบริบทประเทศไทย การใช้นมแม่บริจาคจากธนาคารนมแม่ต้องได้รับความยินยอมจากมารดา หรือบิดาตามกฎหมาย หรือจากผู้ปกครองของทารกผู้รับ ซึ่งต้องได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ประโยชน์ ความเสี่ยง และทางเลือก โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลก่อน รวมทั้งต้องมีการยินยอมโดยสมัครใจของผู้บริจาคเช่นกัน[27,28]

5. การรักษาความสมบูรณ์ของผิวหนังและป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับ (maintaining skin integrity and prevention of medical device-related pressure injuries: MDRPIs) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก มีโครงสร้างผิวหนังที่เปราะบางอย่างยิ่ง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปกป้องผิวหนังและป้องกันการเกิดแผลกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ตามแนวทางปฏิบัติ ดังนี้[20,29]

5.1 การควบคุมความชื้นสัมพัทธ์ (humidity management) เพื่อลดการสูญเสียน้ำผ่านทางผิวหนัง พยาบาลต้องปรับตั้งค่าความชื้นสัมพัทธ์ภายในตู้อบตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังเกิด กำหนดความชื้นที่ร้อยละ 80-85 จากนั้นจึงพิจารณาปรับลดความชื้นลงวันละร้อยละ 5 จนถึงระดับร้อยละ 50 ก่อนพิจารณายุติการให้ความชื้นตามแผนการรักษา

5.2 การป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับของอุปกรณ์ (prevention of MDRPIs) พยาบาลต้องใช้วัสดุปกป้องผิวหนังชนิดพิเศษในบริเวณที่เสี่ยงต่อการถูกกดทับ เช่น แผ่นโฟมหรือแผ่นซิลิโคนรองบริเวณจมูก แก้ม หู หรือผิวหนังใต้สายและอุปกรณ์ทางการแพทย์ พร้อมทั้งประเมินผิวหนังอย่างสม่ำเสมอและปรับตำแหน่งอุปกรณ์เพื่อลดแรงกด

5.3 การจัดการแผ่นเทปกาวและสารยึดติดผิวหนัง ทั้งนี้การพยาบาลระหว่างทำการลอกเทปกาวทั่วไปอาจทำให้ผิวหนังบาดเจ็บได้ พยาบาลจึงควรใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันผิวหนังก่อนการติดวัสดุคงสภาพในกรณีที่จำเป็น และเมื่อต้องนำวัสดุออก ควรใช้น้ำยาช่วยลอกกาวชนิดซิลิโคนหรือน้ำมันมะพร้าว เพื่อลดแรงดึงรั้ง พร้อมทั้งประเมินสภาพผิวหนังภายใต้อุปกรณ์ทุก 8 ชั่วโมง

5.4 ให้ความรู้และอบรมทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัว ให้ช่วยทำหน้าที่ดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยความนุ่มนวลและรวดเร็วภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาล สังเกตและประเมินสภาพผิวหนังของทารก และช่วยพยาบาลในการลอกเทปกาวอย่างอ่อนโยน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยลอกเพื่อป้องกันผิวหนังถลอก[20,23]

6. การปกป้องระบบประสาทและป้องกันภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (neuroprotective care and IVH prevention) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย เช่น ความเจ็บปวด ความเครียด เสียงดัง และการรบกวนวงจรการนอนหลับ ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโตของสมองและกระดูกในระยะยาว ดังนี้[30]

6.1 การป้องกันภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage prevention) ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกภายหลังเกิด ซึ่งเป็นช่วงที่หลอดเลือดในเนื้อสมองเปราะบางเสี่ยงต่อการฉีกขาดมากที่สุด พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างอ่อนโยนโดยงดการชั่งน้ำหนัก จัดท่าทารกให้นอนหงายศีรษะอยู่ในแนวกลาง (head midline position) และหนุนปลายเตียงสูง 15-30 องศา เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจ การทำหัตถการ เช่น การดูดเสมหะจะทำเมื่อมีความจำเป็นทางคลินิกเท่านั้น และหลีกเลี่ยงการยกขาทารกสูงกว่าระดับศีรษะขณะเปลี่ยนผ้าอ้อม เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงของความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว

6.2 การจัดการสภาพแวดล้อมและชั่วโมงแห่งความสงบ (quiet hour and sleep safeguarding) โดยควบคุมระดับเสียงในหออภิบาลให้ต่ำกว่า 45-50 เดซิเบล และใช้ผ้าคลุมตู้อบเพื่อควบคุมแสงสว่าง และจัดกิจกรรมพยาบาลให้ทารกมีช่วงเวลานอนพักอย่างสงบ เพื่อส่งเสริมการนอนของทารกและเลียนแบบสภาพแวดล้อมในครรภ์

6.3 การจัดการความเจ็บปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological pain management) เมื่อต้องทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด พยาบาลจะใช้สารละลายซูโครสความเข้มข้น 24% (24% sucrose) ร่วมกับการห่อตัว หรือการให้ทารกดูดนมแม่หรือจุกหลอก เพื่อกระตุ้นการหลั่งเอนดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งเป็นสารระงับปวดตามธรรมชาติ

6.4 การคัดกรองภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (IVH screening) ประสานงานเพื่อรับการตรวจความผิดปกติของสมองด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (cranial ultrasound: CUS) โดยรังสีแพทย์ตามเกณฑ์เวลาที่กำหนด 5 ระยะ ได้แก่ วันที่ 1-3, 4-7, 7-14, 28-30 ของการเกิด และเมื่อทารกมีอายุครรภ์หลังปฏิสนธิ (Post-conceptional Age: PCA) ครบ 40 สัปดาห์ เพื่อติดตามความรุนแรงของพยาธิสภาพ

6.5 การให้ความรู้และทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัวด้วยการฝึกการจัดท่าประคองทารกให้นิ่งและอยู่ในท่าคู้ (flexion) ขณะที่พยาบาลหรือแพทย์ทำหัตถการเพื่อลดความเจ็บปวดและรักษาความคงตัวของระบบไหลเวียนโลหิต ร่วมทั้งช่วยจัดการสิ่งแวดล้อมให้สงบโดยการควบคุมระดับเสียงและแสงรอบ ๆ ตู้อบให้เงียบสงบที่สุด และมอบหมายให้เป็นผู้ช่วยในการจัดท่าต่าง ๆ[20,23]

7. การเฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ (vital signs monitoring)

7.1 พยาบาลต้องการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เป็นหัวใจสำคัญของการประเมินความคงตัวของระบบไหลเวียนโลหิต โดยบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ทุก 2 ชั่วโมง ส่วนอุณหภูมิกายวัดทุก 4 ชั่วโมง[20]

7.2 การให้ความรู้และทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัว อบรมและฝึกทักษะการประเมินสัญญาณชีพพื้นฐาน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจจากการสังเกตหน้าจอเครื่องติดตาม บันทึกค่าสัญญาณชีพลงในแบบบันทึกเพื่อใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพระหว่างการตรวจเยี่ยมข้างเตียง

8. มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (transmission prevention measures) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection prevention and control) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันและปราการผิวหนัง (skin barrier) ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีบทบาทสำคัญในการบังคับใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อที่เข้มงวด เพื่อลดอัตราการเจริญเติบโตของเชื้อและการเจ็บป่วย ดังนี้[18]

8.1 การคัดกรองและการเข้าเยี่ยมของญาติและบุคลากร ควรจำกัดการเข้าเยี่ยมเฉพาะบิดา มารดา และต้องผ่านการถ่ายภาพรังสีส่วนอก (chest X-ray) เพื่อคัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจ และกำหนดเวลาเยี่ยมที่ชัดเจนเพื่อลดความแออัด

8.2 สุขอนามัยของมือ (hand hygiene): บุคลากรและบิดามารดาต้องปฏิบัติตามหลักการล้างมือ 7 ขั้นตอน ด้วยการใช้เทคนิคที่ถูกต้องเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อผ่านการสัมผัส

8.3 เทคนิคปลอดเชื้อและการจัดการอุปกรณ์: ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการทำหัตถการทุกชนิด โดยเฉพาะการดูแลสายสวนหลอดเลือดและการช่วยหายใจ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต้องแยกใช้ส่วนบุคคล และทำความสะอาดฆ่าเชื้อตามมาตรฐานสากล

8.4 เฝ้าระวังอาการทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ ติดตามอาการบ่งชี้ภาวะติดเชื้อ เช่น อาการซึม ภาวะหยุดหายใจ อุณหภูมิกายไม่คงที่ และการกำซาบเลือดที่ผิดปกติ พร้อมติดตามผลการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ และผลการเพาะเชื้อในเลือด

8.5 การให้ความรู้และทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัว ด้วยการสอนแนะการปฏิบัติตามหลักการล้างมือ 7 ขั้นตอนอย่างเคร่งครัดก่อนและหลังสัมผัสทารก คอยเฝ้าระวังอาการแสดงเริ่มแรกของการติดเชื้อ เช่น ทารกซึมลง ไม่ค่อยขยับตัว หรือมีอุณหภูมิร่างกายไม่คงที่ เพื่อรายงานให้ทีมสุขภาพทราบทันที[20,23]

9. การจัดการภาวะสารบิลิรูบินในเลือดสูง (hyperbilirubinemia management) ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมากมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองอย่างรวดเร็วและรุนแรง เนื่องจากข้อจำกัดทางสรีรวิทยา เช่น ความไม่สมบูรณ์ของเอนไซม์ในตับ เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นกว่าปกติ ภาวะหมู่เลือดแม่และลูกไม่เข้ากัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ที่ยังไม่ดี ซึ่งส่งผลต่อการกำจัดบิลิรูบิน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและพิทักษ์ความปลอดภัยของทารก โดย

9.1 การคัดกรองและการเฝ้าติดตาม พยาบาลดำเนินการโดยประเมินสีผิวทารกทุก 12 ชั่วโมง และใช้เครื่องวัดระดับบิลิรูบินผ่านทางผิวหนัง (transcutaneous bilirubin: TCB) เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นแบบไม่รุกล้ำ หากค่า TCB ถึงเกณฑ์วิกฤตตามอายุครรภ์และน้ำหนักตัว พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อเริ่มการส่องไฟรักษา (phototherapy) ทันที[20]

9.2 การให้ความรู้และทักษะแก่บิดามารดาและครอบครัว ด้วยการสอนแนะให้ช่วยสังเกตสีผิวทารกและอาการซึมของทารก เข้าร่วมรับฟังและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) ระหว่างการตรวจเยี่ยมข้างเตียงเพื่อลดความกังวลและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลบุตร[20,23]

10. การสนับสนุนทางจิตสังคมแก่บิดามารดาและครอบครัว (psychosocial support for parents and families) การที่ทารกต้องรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด ทำให้บิดามารดาต้องแยกจากบุตรเป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบิดามารดาอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และความรู้สึกล้มเหลว เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือหรือปกป้องบุตรจากหัตถการที่เจ็บปวดได้ รวมทั้งมีผลต่อการสร้างความผูกพันและความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก[31] พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานหลักในการดูแลตามหลักการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว ดังนี้

10.1 การสื่อสารและให้ข้อมูล ให้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่ายเกี่ยวกับแนวทางการรักษา เช่น การบริหารสารลดแรงตึงผิว (surfactant) และเครื่องมือช่วยชีวิตต่าง ๆ (เช่น ventilator, TCB monitor) เพื่อลดความตระหนกและสร้างความไว้วางใจต่อทีมการรักษา

10.2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างความผูกพัน สนับสนุนให้บิดามารดาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยฝึกทักษะการป้อนนมผ่านสายยางให้อาหาร การเปลี่ยนผ้าอ้อม และการพูดคุยกับทารก เพื่อกระตุ้นพัฒนาการทางระบบประสาท

10.3 ส่งเสริมการบำบัดด้วยการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (Kangaroo Mother Care: KMC): การทำ KMC เพื่อลดความเครียดของบิดามารดาและส่งเสริมสรีรวิทยาที่คงตัวของทารก รวมถึงแนะนำเทคนิคการบีบเก็บน้ำนมแม่ระยะแรกเพื่อใช้เป็น “หยดน้ำนมแห่งชีวิต” ในการสร้างภูมิคุ้มกันให้ทารก

10.4 การประสานงานสหวิชาชีพและเครือข่ายสนับสนุน โดย

10.4.1 ประสานงานกับนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ หากพบภาวะเครียดรุนแรง พร้อมแนะนำกลุ่มสนับสนุนทางสังคม เช่น เครือข่ายบิดามารดาทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และประคับประคองใจในระยะยาว

10.4.2 อนุญาตให้บิดามารดาและครอบครัวเข้าร่วมการตรวจเยี่ยมข้างเตียงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นพันธมิตรที่เท่าเทียมในการตัดสินใจรักษา

บทสรุป

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยมาก เป็นกลุ่มเปราะบางซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง การพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก จึงต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการพยาบาลทั่วไป เป็นผู้รู้ลึกและรอบด้าน เปลี่ยนจากผู้ให้การดูแลหลักเพียงฝ่ายเดียว มาเป็น “ผู้ฝึกสอนและพี่เลี้ยง” ตามแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการโดยครอบครัว (Family-Integrated Care: FICare) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะบิดามารดาให้เป็นผู้ดูแลหลัก การปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง 10 ด้านอย่างเป็นระบบจะช่วยเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืนให้แก่ทารกและลดภาระในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: ควรนำเสาหลัก 4 ประการของ FICare และบทบาทพยาบาล 10 ด้าน ไปใช้เป็นกรอบในการประเมินและวางแผนการดูแล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งกำหนดผลลัพธ์

2. ด้านการพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย: ควรมีการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ทันสมัยและเฉพาะเจาะจงสำหรับทารกกลุ่มเป้าหมาย และควรทำวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในบริบทของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งด้านคลินิก เช่น อัตราการรอดชีวิต ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ด้านครอบครัว เช่น สมรรถนะบิดามารดา คุณภาพชีวิตระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ พญ. ปุณณาณี วุฒิเกตุ อาจารย์ประจำหน่วยทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งอนุเคราะห์เนื้อหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อบทความฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Morgillo D, Morgillo-Mitchell J, Fontanta M, Steurer M, Schmitt-Mechelke T, Bauder F, et al. Outcome of extremely low gestational age newborns (ELGANs) following a pro-active treatment approach: a Swiss single centre experience over 10 years. Swiss Med Wkly 2014;144:w14014. doi: 10.4414/smw.2014.14014.
2. Salazar EG, Handley SC, Lorch SA. Thinking more about less: a healthcare system for lower-acuity infants. Pediatrics 2025;155(3):e2024069555. doi: 10.1542/peds.2024-069555.
3. Ashorn P, Ashorn U, Muthiani Y, Aboubaker S, Askari S, Bahl R, et al. Small vulnerable newborns-big potential for impact. Lancet 2023;401(10389):1692-706. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00354-9.
4. Thiruvengadam R, Ayushi, Murugesan DR, Desiraju BK, Misra S, Sharma D, et al. Incidence of and risk factors for small vulnerable newborns in north India: a secondary analysis of a prospective pregnancy cohort. Lancet Glob Health 2024;12(8):e1261-e77. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00212-2.
5. Carriere D, Kantor E, Torchin H, Le Ray C, Jarreau PH, Zana-Taieb E. Mortality and morbidity of preterm neonates weighing less than 750g: a 2-year retrospective cohort study. Arch Pediatr 2020;27(4):227-32. doi: 10.1016/j.arcped.2020.02.003.
6. Taylor GL, O'Shea TM. Extreme prematurity: risk and resiliency. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2022;52(2):101132. doi: 10.1016/j.cppeds.2022.101132.
7. Kiderman M, Zaccario M, Rosenthal L, Sklamberg F, Saviano J, Howell H. Neurodevelopmental outcomes in medically fragile infant populations. Sage Open Pediatr 2025;12:30502225251318576. doi: 10.1177/30502225251318576.
8. Mir JA, Mushtaq B, Aalia Mushtaq O. Organization and management of nursing services in NICU, levels of transport. J Paediatr Nurs Sci 2021;4(4):149-151. doi: 10.18231/j.ijpns.2021.031.
9. Taha S, Simpson RB, Sharkey D. The critical role of technologies in neonatal care. Early Hum Dev 2023;187:105720. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2023.105898.
10. Ramaswamy VV, Abiramalatha T, Bandyopadhyay T, Shaik NB, Bandiya P, Nanda D, et al. ELBW and ELGAN outcomes in developing nations-systematic review and meta-analysis. PLoS One 2021;16(8):e0255352. doi: 10.1371/journal.pone.0255352.

11. Janjindamai W, Thatrimontrichai A, Disneevate S, Maneenil G. Determinants and outcomes of mortality among extremely preterm infants from a tertiary hospital in Thailand: 15-year experience. J Health Sci Med Res 2022;40(2):193-202. doi: 10.31584/jhsmr.2021828.
12. Shi Y, Muniraman H, Biniwale M, Ramanathan R. A review on non-invasive respiratory support for management of respiratory distress in extremely preterm infants. Front Pediatr 2020;8:270. doi: 10.3389/fped.2020.00270.
13. Bell EF, Hintz SR, Hansen NI, Bann CM, Wyckoff MH, DeMauro SB, et al. Mortality, in-hospital morbidity, care practices, and 2-year outcomes for extremely preterm infants in the US, 2013-2018. JAMA 2022;327(3):248-63. doi: 10.1001/jama.2021.23580.
14. Dworetz AR, Natarajan G, Langer J, Kinlaw K, James JR, Bidegain M, et al. Withholding or withdrawing life-sustaining treatment in extremely low gestational age neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2021;106(3):238-43. doi: 10.1136/archdischild-2020-318855.
15. Udchachon W. Intraventricular hemorrhage in preterm neonate. Mahasarakham Hospital Journal 2018;15(2):173-84. (in Thai)
16. Mishra U, August D, Walker K, Jani PR, Tracy M. Thermoregulation, incubator humidity, and skincare practices in appropriate for gestational age ultra-low birth weight infants: need for more evidence. World J Pediatr 2024;20(7):643-52. doi: 10.1007/s12519-024-00818-x.
17. Konjanat J. Prevalence of necrotizing enterocolitis, clinical features and management of newborn at Vajira Hospital. Vajira Med J 2022;66(4):257-66. (in Thai)
18. Puopolo KM, Benitz WE, Zaoutis TE. Management of neonates born at ≤34 6/7 weeks' gestation with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics 2018;142(6):e20182896. doi: 10.1542/peds.2018-2896.
19. Hounsome N, Rabe H, Turk E, Saha P, Ebrahimjee F, Fernandez R, et al. Implementation of family integrated care in the neonatal intensive care unit, University Hospitals Sussex, UK. Children 2026;13(2):195. doi: 10.3390/children13020195.
20. Karlsson V, Thernström Blomqvist Y, Ågren J. Nursing care of infants born extremely preterm. Semin Fetal Neonatal Med 2022;27(3):101369. doi: 10.1016/j.siny.2022.101369.
21. McKechnie L. Family-integrated care in the neonatal unit. Infant [Internet]. 2016 [cited 2024 May 22];12(6):188-91. Available from: https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_069_egr.pdf

22. Waddington C, van Veenendaal NR, O'Brien K, Patel N. Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. Pediatr Investig 2021;5(2):148-54. doi: 10.1002/ped4.12277.
23. British Association of Perinatal Medicine. Family integrated care: a framework for practice [Internet]. 2021 [cited 2024 May 22]. Available from: https://www.bapm.org/resources/ficare-framework-for-practice
24. Schulzke SM, Stoecklin B. Update on ventilatory management of extremely preterm infants-A Neonatal Intensive Care Unit perspective. Paediatr Anaesth 2022;32(2):363-71. doi: 10.1111/pan.14369.
25. Ågren J, Segar JL, Söderström F, Bell EF. Fluid management considerations in extremely preterm infants born at 22-24 weeks of gestation. Semin Perinatol 2022;46(1):151541. doi: 10.1016/j.semperi.2021.151541.
26. Embleton ND, Jennifer Moltu S, Lapillonne A, van den Akker CHP, Carnielli V, Fusch C, et al. Enteral nutrition in preterm infants (2022): a position paper from the ESPGHAN Committee on Nutrition and Invited Experts. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2023;76(2):248-68. doi: 10.1097/mpg.0000000000003642.
27. Siriraj Hospital. Siriraj Human Milk Bank: operational manual. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2026. (in Thai)
28. Regional Human Milk Bank Network in Southeast Asia. Minimum standards for the establishment and operation of human milk banks in Southeast Asia [Internet]. 2021 [cited 2024 May 22]. Available from: https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/hmb-regional-ver_5_1.pdf
29. Mishra U, Jani P, Maheshwari R, Shah D, D'Cruz D, Priyadarshi A, et al. Skincare practices in extremely premature infants: a survey of tertiary neonatal intensive care units from Australia and New Zealand. J Paediatr Child Health 2021;57(10):1627-33. doi: 10.1111/jpc.15578.
30. Altimier L, Phillips R. Neuroprotective care of extremely preterm infants in the first 72 hours after birth. Crit Care Nurs Clin North Am 2018;30(4):563-83. doi: 10.1016/j.cnc.2018.07.010.
31. Pusri S, Payakkaraung S, Thampanichawat W. Effects of a virtual supportive program on the knowledge of mothers of preterm infants and their bonding. Infant Ment Health J 2025;46(5):549-63. doi: 10.1002/imhj.70013.

บทบาทพยาบาลปฐมภูมิกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจกับการพัฒนาระบบดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี

The Role of Primary Care Nurses with Integration of Nurturing Care During the Era of Decentralization for Developing Child Health Systems from Birth to Age 3

อัจฉรา วริลุน* ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ โชติระวี อินจำปา*****

Achara Wariloon* Thanyaluk Thangtumpituk Chotravee Injumpa*****

บทคัดย่อ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยสำคัญต่อการวางรากฐานการพัฒนามนุษย์ แต่ยังพบเด็กที่ไม่สามารถเข้าถึงคลินิกเด็กดี มีทุพโภชนาการ ถูกทอดทิ้งหรือได้รับการทารุณในครอบครัว ระบบบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองดูแลเด็กที่มีปัญหาได้ การประยุกต์กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) เป็นแนวทางในการบริหารงานและส่งเสริมบทบาทพยาบาล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เชิงระบบและเสนอกรอบบทบาทพยาบาลปฐมภูมิในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ครอบคลุม (1) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่การบริหารงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) และ (3) บทบาทพยาบาลปฐมภูมิในการบูรณาการกรอบแนวคิดดังกล่าวสู่การปฏิบัติ

Received: August 2, 2025 Revised: April 27, 2026 Accepted: April 29, 2026

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120. E-mail: achara_a@reru.ac.th

* Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand 45120. E-mail: achara_a@reru.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120.
E-mail: Thanyaluck@reru.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand 45120.
E-mail: Thanyaluck@reru.ac.th

*** Corresponding Author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120.
E-mail: Chotravee@reru.ac.th

*** Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand 45120.
E-mail: Chotravee@reru.ac.th

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ บทบาทพยาบาลปฐมภูมิมุ่งเน้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพในระดับปัจเจกและครอบครัว ขณะที่ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ บทบาทพยาบาลปฐมภูมิมีแนวโน้มขยายสู่การทำงานเชิงระบบมากขึ้น ครอบคลุมการใช้ข้อมูลสุขภาพ การประสานงานเชิงพื้นที่ และการบูรณาการมิติสุขภาพ พัฒนาการ และบริบทการเลี้ยงดูเด็ก อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนบทบาทดังกล่าว ยังเผชิญข้อจำกัดด้านกลไกกำกับมาตรฐาน ระบบข้อมูล และความชัดเจนของบทบาทเชิงนโยบาย บทความนี้เสนอให้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ เป็นเครื่องมือเชิงแนวคิดในการอธิบายและกำหนดกรอบบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทการกระจายอำนาจ

คำสำคัญ: นโยบายสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การพยาบาลสุขภาพชุมชน การส่งเสริมสุขภาพเด็ก ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

Abstract

Early childhood is a critical period for laying the foundation of human development. However, many children still lack access to well-child clinics and suffer from malnutrition, neglect, or domestic abuse, while healthcare systems often struggle to adequately address these complex issues. The application of the Nurturing Care Framework (NCF) serves as a strategic approach for management and the enhancement of nursing roles. This article aims to conduct a system-level analysis and propose a framework for the role of primary care nurses in caring for children from birth to three years of age. The analysis covers: (1) the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations; (2) the Nurturing Care Framework (NCF); and (3) the role of primary care nurses in integrating this framework into practice.

The findings demonstrate that, prior to decentralization, nursing roles were primarily oriented toward health promotion, disease prevention, treatment, and rehabilitation at the individual and family levels. Following the transfer, these roles have tended to expand toward more system-oriented functions, including the use of health information, area-based coordination, and the integration of health, developmental, and caregiving dimensions. However, the implementation of these expanded roles remains constrained by limitations in regulatory mechanisms, health information systems, and the clarity of policy-related roles. This article proposes the Nurturing Care Framework (NCF) as a conceptual framework for explaining and defining nursing roles, thereby supporting the development of a more integrated, continuous, and context-responsive system of care for children from birth to three years within the context of decentralization.

Keywords: health policy, primary health care, community health nursing, child health promotion, health equity

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สู่การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) สังกัดกระทรวงมหาดไทย ถือเป็นพลวัตเชิงโครงสร้างสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อบทบาทพยาบาลปฐมภูมิ[1] ท่ามกลางบริบทการจัดบริการที่ซับซ้อนและการเปลี่ยนผ่านการกำกับดูแลสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พยาบาลปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก รวมทั้งข้อจำกัดเชิงระบบในช่วงรอยต่อของการบริหารจัดการ โดยเฉพาะระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี และกลุ่มเปราะบาง[2,3] ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความชัดเจนของบทบาทหน้าที่และความต่อเนื่องของระบบการดูแลเด็กในระดับชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการทบทวนและพัฒนาอย่างเร่งด่วน

การดูแลสุขภาพเด็กในช่วงเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี มีผลโดยตรงต่อสุขภาพและพัฒนาการของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต เด็กที่เติบโตในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่น ปลอดภัย และได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม จะมีพัฒนาการของสมอง ระบบประสาท และภูมิคุ้มกันที่สมดุล ส่งผลให้มีสุขภาวะกายใจที่ดีและศักยภาพการเรียนรู้ที่ยั่งยืน[4] อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ปัจจุบันสะท้อนว่า เด็กวัยดังกล่าวจำนวนมากยังขาดการดูแลที่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน ร้อยละ 30.50 ไม่ได้รับการดูแลด้านโภชนาการที่ถูกต้องตามวัย ร้อยละ 20.43 ไม่ได้รับการประเมินโภชนาการ ร้อยละ 25.43[5] ข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกมีเพียง ร้อยละ 28.60[6] มีเด็กกลุ่มดังกล่าวถูกทอดทิ้ง ได้รับการอบรมโดยวิธีการรุนแรงจากผู้ดูแลที่บ้าน ทั้งการลงโทษทางร่างกายและใช้ความรุนแรงทางจิตใจ ร้อยละ 56[6,7] ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสะสมในช่วงต้นชีวิตไม่เพียงแต่ส่งผลต่อพัฒนาการที่ยากจะแก้ไขในระยะยาว แต่ยังนำไปสู่ปัญหาด้านพฤติกรรม การเรียนรู้ และเพิ่มความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ในอนาคต เช่น โรคหัวใจและเบาหวาน ประสบการณ์ในวัยปฐมวัยนี้จะเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว[8] และเมื่อพบเด็กที่เกิดปัญหาพบข้อจำกัดในการประสานงานที่ต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง[3] ในด้านการจัดสรรงบประมาณที่ไม่แน่นอน[9] ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ของพยาบาลปฐมภูมิ หน่วยงานได้รับการถ่ายโอนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[10]และภาระงานที่เพิ่มขึ้น ขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ[11] ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถดำเนินบทบาทด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ[12,13] โดยเฉพาะหากขาดแนวทางเชิงนโยบายที่ชัดเจนและการสนับสนุนจากหน่วยบริหารในพื้นที่

ปัจจุบันประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมทั่วโลกมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียง 2.25 คนในปี พ.ศ. 2567[14,15] ขณะที่ในปัจจุบันประเทศไทยสถานการณ์มีความรุนแรงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ โดยลดลงเหลือเพียงราว 1.08-1.20 คน[16,17] โดยสถานการณ์จำนวนเด็กเกิดใหม่ลดลงเหลือเพียงปีละประมาณ 4 แสนคน[18] ขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่าของเด็กปฐมวัย[16] สะท้อนให้เห็นถึงภาระ

เชิงโครงสร้างและความจำเป็นเร่งด่วนในการลงทุนเชิงคุณภาพเพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพท่ามกลางความเหลื่อมล้ำทางสังคม[8]

อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญยังคงอยู่ ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณที่ไม่แน่นอน[9] ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยบริการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[10] และภาระงานที่เพิ่มขึ้นโดยขาดระบบสนับสนุนที่เพียงพอ[11] ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้พยาบาลไม่สามารถดำเนินบทบาทด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเต็มศักยภาพ[12,13] โดยเฉพาะหากขาดแนวทางเชิงนโยบายที่ชัดเจนและการสนับสนุนจากหน่วยบริหารในพื้นที่

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เชิงระบบและเสนอกรอบบทบาทพยาบาลปฐมภูมิในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ภายใต้การเปลี่ยนผ่านการกำกับสู่ อบจ. โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่การบริหารงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด (2) กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) สำหรับการดูแลสุขภาวะเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี (3) บทบาทพยาบาลปฐมภูมิกับการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ในบริบทการถ่ายโอนภารกิจเพื่อขับเคลื่อนระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ภายใต้การบริหารงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

1. ความเป็นมาของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่การบริหารงานองค์การบริหารส่วนจังหวัด

1.1 ความต้องการกระจายอำนาจ

นโยบายการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุขสู่กระทรวงมหาดไทย เป็นกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเชิงโครงสร้างที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดเริ่มต้นสำคัญภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542[19] และได้รับการผลักดันอย่างเป็นรูปธรรมอีกครั้งตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2564[20] โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอำนาจการตัดสินใจและการบริหารงบประมาณในระดับท้องถิ่นและในพื้นที่ ซึ่งตลอดจนลดข้อจำกัดของระบบบริหารแบบรวมศูนย์[21]

นอกจากนี้ การดำเนินนโยบายดังกล่าวยังสอดคล้องกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยึดโยงกับชุมชนและตอบสนองต่อบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ที่ต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ การถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. และสถานีอนามัยสู่การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในระยะยาว

ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2567 ถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่านสำคัญของการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสู่ อบจ. โดยมีจำนวนหน่วยบริการที่ถ่ายโอน รวมทั้งสิ้น 4,194 แห่ง ใน 62 จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นร้อยละ 80.50[21] แม้วัตถุประสงค์ของการกระจายอำนาจจะมุ่งเพิ่มความคล่องตัวในการจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านกลับพบความท้าทายเชิงระบบ ทั้งความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่[22] การจัดสรรทรัพยากร และความต่อเนื่องของระบบข้อมูล[23] ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการในกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ความท้าทายดังกล่าวสอดคล้องกับบทเรียนจากการกระจายอำนาจในหลายประเทศ เช่น อินโดนีเซีย บราซิล และยูกันดา ซึ่งพบปัญหาการบูรณาการบริการและความซับซ้อนในการประสานงานระหว่างระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ[24,25]

ในบริบทนี้ พยาบาลปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับครอบครัวและชุมชน ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการประสานงานบริการอย่างต่อเนื่อง

1.2 ผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจต่อระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. จากภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด สังกัดกระทรวงมหาดไทย นำไปสู่ความไม่แน่นอนเชิงระบบที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี โดยสามารถวิเคราะห์ผลกระทบ ได้ดังนี้

1.2.1 ด้านการบริหารจัดการ การถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้การกำกับดูแลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเปลี่ยนจากการกำกับดูแลและประสานงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาสู่การบริหารโดยการบริหารงานท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย แม้การกระจายอำนาจจะเอื้อต่อการจัดบริการที่สอดคล้องกับการให้บริการด้านสุขภาพในบริบทพื้นที่ แต่ก่อให้เกิดความท้าทายด้านการบริหารจัดการในหลายองค์ประกอบ ได้แก่ สายการบังคับบัญชาที่ยังไม่ชัดเจนว่า รพ.สต. อยู่ภายใต้หน่วยงานใดและใครเป็นผู้มีอำนาจสั่งการโดยตรง บทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากรที่ยังไม่สอดคล้องกับโครงสร้างใหม่[3] กลไกการกำกับและการตัดสินใจที่ยังขาดรูปแบบที่เป็นระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่ยังขาดความเชื่อมโยง[26,27] ตลอดจนระบบการสื่อสารที่มีความซับซ้อนมากขึ้นและขาดความชัดเจน[28] ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความต่อเนื่องของระบบการดูแลโดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างใกล้ชิด[29,30]

1.2.2 ด้านงบประมาณและการเงิน การถ่ายโอนภารกิจส่งผลให้ระบบการบริหารงบประมาณของ รพ.สต. เปลี่ยนจากการกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ไปสู่การบริหารโดย อบจ. กระทรวงมหาดไทย ซึ่งก่อให้เกิดประเด็นสำคัญในช่วงเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องของระบบการเงิน (financial discontinuity) จากการปิด-เปิดบัญชีที่ก่อให้เกิดช่วงสูญญากาศทางการเงิน การเปลี่ยนแปลงระบบบัญชีและการเบิกจ่ายสู่รูปแบบท้องถิ่น[10] ความไม่พร้อมด้านศักยภาพของหน่วยรับโอน รวมถึงความล่าช้าในการโอนงบประมาณ[3] และการพึ่งพาระบบสนับสนุนเดิม เช่น การจัดหายาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย (Contracting Unit for Primary care: CUP) ในระยะต้น สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนากลไกความร่วมมือด้านการเงินการคลังระหว่าง อบจ. กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ตลอดจนรูปแบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้การเบิกจ่ายมีประสิทธิภาพและไม่กระทบต่อความต่อเนื่องของบริการ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งต้องอาศัยทรัพยากรอย่างต่อเนื่องและทันท่วงที[31]

แม้จะเพิ่มความยืดหยุ่นในการกำหนดลำดับความสำคัญของบริการตามความต้องการของพื้นที่[26] แต่ในช่วงแรกยังเผชิญความท้าทายด้านเสถียรภาพของแหล่งงบประมาณและความแตกต่างของศักยภาพทางการคลังในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการขาดกลไกคุ้มครองงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น[32] ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่องนี้ อาจเพิ่มต้นทุนการจัดการและขยายความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการคุณภาพ[27] แม้การเสริมศักยภาพการบริหารระดับพื้นที่จะช่วยเพิ่มอิสระทางการเงินได้บางส่วน แต่ความไม่ชัดเจนของระเบียบการเงินในช่วงรอยต่อยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ[33]

1.2.3 ด้านระบบข้อมูลสุขภาพ การขาดระบบบูรณาการข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกันอย่างสมบูรณ์ระหว่างหน่วยงานต้นสังกัดเดิมและสังกัดใหม่ ในช่วงเปลี่ยนผ่านกลไกการใช้ข้อมูลร่วมกัน ยังขาดความชัดเจน[28] ส่งผลให้ขาดฐานข้อมูลที่แม่นยำในการติดตามสถานะสุขภาพ พัฒนาการ และโภชนาการรายบุคคลของเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี การขาดประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลนี้ไม่เพียงแต่ลดทอนความต่อเนื่องของบริการ แต่ยังส่งผลต่อการประเมินผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวมของพื้นที่อีกด้วย[12]

1.2.4 ด้านทรัพยากรบุคคล การถ่ายโอนส่งผลกระทบโดยตรงต่อโครงสร้างการบริหารบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ต้องเปลี่ยนจากระบบวิชาชีพภายใต้กระทรวงสาธารณสุขมาสู่การบริหารงานของ อบจ. ซึ่งส่งผลต่อบทบาท อำนาจการตัดสินใจ และความไม่แน่นอนในเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ[23,28] สภาวการณ์ดังกล่าวนำไปสู่การสูญเสียแรงจูงใจของบุคลากร รวมทั้งปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ[34] และความไม่ชัดเจนของบทบาทภายใต้การกำกับดูแลแบบใหม่[3] ซึ่งอาจจำกัดศักยภาพของพยาบาลปฐมภูมิในการขับเคลื่อนงานเชิงระบบและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระยะยาว[24,35]

ผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจต่อระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ต่อพยาบาลปฐมภูมิ

สถานการณ์ความไม่แน่นอนเชิงระบบหลังการถ่ายโอนภารกิจส่งผลกระทบต่อเนื่องมายังผู้ปฏิบัติงานหลักในพื้นที่ ดังนี้ ผลกระทบเชิงระบบที่ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลปฐมภูมิใน รพ.สต. ซึ่งถือเป็นบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในระดับพื้นที่ พยาบาลต้องเผชิญกับ ความคลุมเครือในบทบาทหน้าที่ท่ามกลางช่วงเปลี่ยนผ่านที่กลไกการกำกับดูแลยังไม่ชัดเจน[28] การเปลี่ยนสังกัดสู่ อบจ. ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพ แต่ยังนำไปสู่การสูญเสียแรงจูงใจเนื่องจากการขาดระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น[3,34] นอกจากนี้การขาดระบบบูรณาการข้อมูลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพทำให้พยาบาลต้องแบกรับภาระในการจัดการข้อมูลที่ซับซ้อนและทับซ้อน ส่งผลให้ขีดความสามารถในการจัดบริการเชิงรุก เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเด็กลดน้อยลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้[29,32] สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงแต่ลดทอนประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล แต่ยังสร้างความเสี่ยงต่อความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการคุณภาพของเด็กในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการกำหนดบทบาทและกลไกสนับสนุนที่ชัดเจนภายใต้บริบทการบริหารของท้องถิ่นในปัจจุบัน[35]

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการถ่ายโอนภารกิจ พยาบาลปฐมภูมิใน รพ.สต. ในระบบของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทชัดเจนในฐานะผู้ให้บริการตามมาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพในเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ทั้งด้านการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต การให้วัคซีน และการส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ[6,36] ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องของบริการและลดความเสี่ยงสุขภาพขั้นพื้นฐาน มาตรฐานดังกล่าวยังเน้นมิติชีวภาพ (biomedical dimension) เป็นหลัก ได้แก่ การติดตามการเจริญเติบโต การป้องกันโรค การให้วัคซีน และการคัดกรองความผิดปกติทางร่างกาย ควบคู่กับการดำเนินงานเชิงกิจกรรมตามตัวชี้วัด ขณะที่การดูแลที่ตอบสนองต่อพัฒนาการ การส่งเสริมการเรียนรู้ในบริบทครอบครัว และการบูรณาการภาคส่วนในชุมชนยังไม่ถูกวางเป็นแกนหลักของระบบบริการ อย่างไรก็ตาม ภายหลังการถ่ายโอน แม้ภารกิจหลักจะยังคงเดิม แต่พยาบาลต้องมีบทบาทและปฏิบัติงานภายใต้ความท้าทายของโครงสร้างบริหารใหม่ที่ยังไม่เอื้อต่อระบบบริการเชิงรุกแบบบูรณาการ[37] ผลจากการศึกษาภาคสนามในพื้นที่นำร่อง 10 จังหวัด สะท้อนให้เห็นข้อเท็จจริงที่น่ากังวลว่า กิจกรรมบริการต่อเนื่องที่เคยเป็นจุดแข็งของ รพ.สต. เช่น การเยี่ยมบ้านเด็กกลุ่มเสี่ยงและการติดตามพัฒนาการ มีแนวโน้มลดลงหรือขาดความต่อเนื่อง[9,11] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานล่าสุดที่ชี้ว่า อัตราการส่ง

ข้อมูลตัวชี้วัดการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุไม่เกิน 60 เดือน ลดลงทั้งในกลุ่มที่ถ่ายโอนและไม่ถ่ายโอน[11] สถานการณ์นี้บ่งชี้ถึงช่องว่างเชิงระบบที่เกิดจากความล่าช้าของงบประมาณและความไม่ชัดเจนของบทบาทของพยาบาลปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

จากที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาเชิงระบบเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลเด็กในระยะยาว โดยเฉพาะในมิติของ “การดูแลที่ตอบสนองต่อพัฒนาการ” และ “โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ปฐมวัย” หากขาดการวางแผนเชิงระบบเพื่อรองรับช่วงเปลี่ยนผ่านอย่างรอบด้าน อาจนำไปสู่การละเลยเด็กกลุ่มเสี่ยง การขาดการคัดกรองและติดตามพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ และเพิ่มความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพในเด็กวัยเริ่มต้น แม้ภารกิจเดิมของ รพ.สต. จะเน้นการดูแลเชิงรุกแบบองค์รวม แต่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านระบบบริหาร บุคลากร และการบูรณาการกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น การถ่ายโอนภารกิจจึงเป็นโอกาสใหม่ให้พยาบาลปฐมภูมิขยายบทบาทเชิงรุกในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ด้วยความใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน พยาบาลปฐมภูมิจึงสามารถเป็นแกนกลางในการส่งเสริมพัฒนาการ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และเชื่อมโยงบริการร่วมกับภาคีท้องถิ่น ซึ่งบทบาทดังกล่าวหากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสม จะสามารถยกระดับคุณภาพบริการและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาวะในเด็กได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

2. กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) สำหรับการดูแลสุขภาวะเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี

แนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) สำหรับการดูแลสุขภาวะเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี เป็นแนวคิด เรื่องการบูรณาการบทบาทของครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ

2.1 ความเป็นมาของกรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่

กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) ขององค์การอนามัยโลก[38] เป็นแนวคิดสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ถึงอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นระยะวิกฤตของการพัฒนาสมองและระบบประสาท แม้ว่าการพัฒนาเด็กปฐมวัยจะครอบคลุมช่วงอายุ 0-8 ปี ซึ่งในเชิงนโยบายของหลายประเทศมักใช้ช่วงอายุ 0–5 ปี[38] แต่ NCF เน้นบทบาทของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่สามารถเข้าถึงและส่งผลต่อการพัฒนาเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในการสร้างการดูแลอย่างองค์รวมและต่อเนื่อง[39] ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข ซึ่งมีความซับซ้อนของการประสานงานระหว่างหน่วยงานและความเสี่ยงต่อความไม่ต่อเนื่องของบริการ NCF จึงมีศักยภาพในการเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยบูรณาการการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี การเชื่อมโยงมิติสุขภาพ พัฒนาการ และบริบทการเลี้ยงดู โดยมีพยาบาลปฐมภูมิเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลในระดับชุมชน[40] NCF มุ่งเน้นการสร้าง “ระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเติบโตของเด็ก” โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะการรักษาโรค แต่เป็นการบูรณาการบทบาทของครอบครัว ชุมชน และนโยบาย[41,42] ผ่านองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการออกแบบบริการสุขภาพเด็กในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การกระจายอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การมีสุขภาพที่ดี (good health) มุ่งเน้นทั้งสุขภาพกายและจิตใจของเด็กและผู้เลี้ยงดู ครอบคลุมการดูแลตั้งแต่มารดาเริ่มฝากครรภ์ การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ และการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว เพื่อลดความเครียดสะสมและสร้างความพร้อมทางร่างกายให้แก่เด็กในการพัฒนาสมอง

2. โภชนาการที่เหมาะสม (adequate nutrition) การส่งเสริมการเจริญเติบโตผ่านโภชนาการที่มีคุณภาพ เริ่มจากสารอาหารของมารดาขณะตั้งครรภ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก และการต่อยอดด้วยอาหารเสริมตามวัยที่มีความหลากหลาย เพื่อป้องกันภาวะเตี้ย (stunting) และผอม (wasting) ซึ่งส่งผลเสียต่อระดับสติปัญญาในอนาคต

3. การดูแลที่ตอบสนอง (responsive caregiving) กระบวนการที่ผู้เลี้ยงดูรับรู้และตอบสนองต่อสัญญาณของเด็ก เช่น การร้องไห้ หรือเสียงอ้อแอ้ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่น การสบตา และการสัมผัส เพื่อสร้างโครงข่ายใยประสาทและความผูกพันที่มั่นคง ซึ่งเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตที่ดีในอนาคต

4. โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (opportunities for early learning) การส่งเสริมกิจกรรมกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ เช่น การพูดคุย การร้องเพลง การเล่น และการอ่านนิทานร่วมกันตั้งแต่วัยแรกเกิด กิจกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นการพัฒนาทักษะทางภาษา ความคิดสร้างสรรค์ และการแก้ปัญหาตามช่วงวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ความปลอดภัยและการคุ้มครองเด็ก (security and safety) การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย ปราศจากความรุนแรง การทอดทิ้ง และสารพิษในสิ่งแวดล้อม รวมถึงคุณภาพน้ำและอากาศที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเผชิญกับความเครียดที่เป็นพิษซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างสมอง

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการของ NCF สะท้อนแนวทางการดูแลเด็กแบบองค์รวมที่สามารถลดความแยกส่วนของบริการและเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในบริบทการถ่ายโอนภารกิจที่มีความซับซ้อนของโครงสร้างการบริหาร พยาบาลปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานการทำงานข้ามภาคส่วนและแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลเด็กที่ครอบคลุมและยั่งยืน

3. การพยาบาลกับการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในช่วงระยะการเปลี่ยนผ่าน

ในช่วงการถ่ายโอนภารกิจจาก รพ.สต. กระทรวงสาธารณสุขสู่การบริหารของ อบจ. กระทรวงมหาดไทย พยาบาลปฐมภูมิยังคงดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งกำหนดกรอบการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นหลัก[43] หากวิเคราะห์ด้วยกรอบของ NCF[38] 5 องค์ประกอบ ช่วยให้พยาบาลปฐมภูมิวิเคราะห์กิจกรรมและมีทิศทางร่วมกันในการออกแบบแผนงานสุขภาพระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ระบบบริการสุขภาพมีบทบาทนำ (health care system lead) ผ่านการดำเนินงานของ รพ.สต. ภายใต้บริบทในช่วงรอยต่อของการกระจายอำนาจ ดังนี้

3.1 การมีสุขภาพที่ดี (Good Health)

ภารกิจและกิจกรรมเดิมพยาบาลปฐมภูมิมุ่งเน้นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ คือ งานแม่และเด็ก ครอบคลุมการฝากครรภ์ ดูแลหลังคลอด เฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก การให้วัคซีน และเยี่ยมบ้าน[43,44] ขณะที่ภายใต้บริบทการถ่ายโอน บทบาทได้ขยายสู่การทำงานเชิงระบบมากขึ้น โดยมีภารกิจสำคัญ ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเชิงระบบ (system collaborator) ผ่านการร่วมวางแผนบริการสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย การจัดทำและใช้ฐานข้อมูลสุขภาพเด็กระดับพื้นที่ (health data management) เพื่อระบุเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กพัฒนาการล่าช้า เด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และเด็กขาดการเข้าถึงบริการ การติดตามเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้านและการนัดหมายต่อเนื่อง รวมถึงการออกแบบและบริหารจัดการเส้นทางการส่งต่อ (referral pathway) ระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างเป็นระบบ กลไกดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้ข้อมูลสุขภาพร่วมกับ

การติดตามเชิงรุกและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ช่วยลดความล่าช้าในการเข้าถึงบริการและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลเด็กในระดับพื้นที่[45] รวมถึงการเชื่อมโยงบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เด็กและครอบครัวเข้าถึงบริการได้อย่างทันท่วงที

3.2 โภชนาการที่เหมาะสม (adequate nutrition)

ภายใต้ภารกิจเดิม พยาบาลปฐมภูมิมุ่งเน้นการคัดกรองภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และการติดตามการเจริญเติบโตตามพัฒนาการ การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้อาหารตามวัย และการวางแผนให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมแก่มารดาและเด็ก ควบคู่กับการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพแวดล้อมและบริบทครอบครัว อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปี หากพบว่ามีภาวะทุพโภชนาการ พยาบาลจะดำเนินการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะโภชนาการ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) ให้คำปรึกษาเชิงโภชนาการแก่ผู้ดูแล ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงขึ้นตามความจำเป็น

ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจ กิจกรรมการขับเคลื่อน คือ การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ด้วยการพัฒนา “ระบบการจัดการอาหารโดยชุมชน” สำหรับเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี โดยใช้ข้อมูลภาวะโภชนาการในการระบุกลุ่มเสี่ยง ติดตามเชิงรุกผ่านการเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับบริบทครอบครัวและสภาพแวดล้อมของเด็กควบคู่กับการประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ อบต. และและภาคีเครือข่ายชุมชน เจ้าหน้าที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการจัดสรรสวัสดิการด้านอาหารเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนคลอดจนถึงวัยทารก และพัฒนากลไกสำคัญ เช่น กองทุนอาหาร ระบบอาหารปลอดภัย และการเรียนรู้ด้านโภชนาการ[45] ทั้งนี้ยังเชื่อมโยงการดูแลสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในฐานะหน่วยรับต่อ เพื่อสร้างความต่อเนื่องของการดูแล กลไกดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการลดภาวะทุพโภชนาการ เสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร และยกระดับระบบการดูแลเด็กในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการการสนับสนุนด้านโภชนาการกับระบบบริการสุขภาพและชุมชนเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล

3.3 การดูแลที่ตอบสนอง (Responsive Caregiving)

ภารกิจเดิมพยาบาลปฐมภูมิมุ่งเน้นการประเมินการเลี้ยงดูของมารดา ผู้ดูแล หรือผู้ปกครอง และความไวต่อพฤติกรรมเสียงร้องทารก การให้คำปรึกษาผู้ปกครองเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็ก

ภารกิจภายใต้การถ่ายโอนกิจกรรมได้ขยายจากกิจกรรมที่เน้นเพียงการตอบสนองของผู้ดูแล หรือพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง สู่การขับเคลื่อนกิจกรรมระดับชุมชน จนเกิด“ระบบพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชน” โดยพัฒนาเครือข่ายผู้ปกครอง (peer support) และเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผ่านกลไกชุมชน เช่น ศูนย์พัฒนาครอบครัว การฝึกอบรมพ่อแม่ อาสาสมัคร และการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมถึงการสนับสนุนแหล่งเรียนรู้และสื่อสำหรับเด็ก[46] นอกจากนี้ พยาบาลเชื่อมโยงการเรียนรู้ระหว่างครัวเรือน ชุมชน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในฐานะหน่วยรับต่อ[47] เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของพัฒนาการ กลไกดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมและยกระดับคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่[45] ควบคู่กับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในการให้คำแนะนำและเสริมพลังผู้เลี้ยงดู

3.4 ความปลอดภัยและการคุ้มครอง (security and safety)

ภารกิจเดิมพยาบาลปฐมภูมิใน รพ.สต. มีบทบาทในการเฝ้าระวังและคุ้มครองเด็ก ผ่านการให้บริการเชิงป้องกันและการเยี่ยมบ้าน โดยมุ่งเน้นการประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของเด็กในครอบครัว เช่น การได้รับความรุนแรงทางร่างกาย การละเลย การถูกคุกคาม หรือการใช้วาจารุนแรงต่อเด็ก การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นการประเมินรายบุคคล (individual-based assessment) และการส่งต่อกรณีที่พบความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางการให้บริการคลินิกเด็กดีและการเฝ้าระวังสุขภาพเด็กของกระทรวงสาธารณสุข[43] ซึ่งเน้นการคัดกรองและติดตามปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมของเด็กเป็นสำคัญ[44] อย่างไรก็ตาม กลไกการคุ้มครองเด็กในระยะนี้ยังคงเป็นลักษณะตอบสนองเชิงเหตุการณ์ (reactive approach) และมีข้อจำกัดในการบูรณาการข้อมูล การติดตามต่อเนื่อง และการประสานงานข้ามภาคส่วนอย่างเป็นระบบ

ภารกิจภายใต้การถ่ายโอนของการบริหารของ อบจ. บทบาทได้ขยายสู่การขับเคลื่อน “ระบบคุ้มครองสิทธิเด็กเชิงพื้นที่” เด็กที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับความรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การถูกทารุณ การถูกทอดทิ้ง ผ่านการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และภาคประชาสังคมในพื้นที่ในการพัฒนากลไกเฝ้าระวังเชิงรุก เช่น การจัดการรายกรณี (case management) การจัดตั้งกลไกช่วยเหลือครัวเรือนกลุ่มเสี่ยง[48] และการเชื่อมโยงสวัสดิการเด็กอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการบูรณาการฐานข้อมูลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี[12] เพื่อระบุความเสี่ยง ติดตามต่อเนื่อง และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับพื้นที่ ผ่านความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงโครงสร้างและเสริมสร้างความปลอดภัยของเด็กอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่[45]

3.5 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการ (nurturing care environment)

ภาระกิจเดิม พยาบาลปฐมภูมิมีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็กด้วยการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็กจากพ่อและแม่ หรือผู้ปกครอง และการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมในสภาพความเป็นจริง ได้แก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และด้านกายภาพภายในบ้าน ของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการตั้งแต่แรกเกิดจนถึงเด็กอายุ 3 ปี หากมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย เช่น เปล ที่นอน และการกั้นคอก ที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ พยาบาลมีหน้าที่ให้คำแนะนำ และป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ภารกิจมักเน้นด้านสาธารณสุข[43]

ภายใต้การบริหารของ อบจ. บทบาทได้ขยายสู่การขับเคลื่อนนอกเหนือจากกิจกรรมใน รพ.สต. แต่การขยายบทบาทจะเชื่อมโยงกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งอยู่ภายใต้สายงานเดียวกันกับองค์การบริหารส่วนตำบลมีการพัฒนา “ระบบนิเวศที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็ก”[22] หากมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายที่อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ พยาบาลต้องทำงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยและภาคีเครือข่าย[48] ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ของรัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน และกลุ่มกองทุนชุมชน เพื่อพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม นอกจากนั้นต้องประเมินสิ่งแวดล้อมและวางแผนจัดกิจกรรมและสถานที่สนามเด็กเล่นในชุมชนและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น การจัดพื้นที่เล่นและการเรียนรู้ที่ปลอดภัย การส่งเสริมการเล่นในชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนแหล่งเรียนรู้และของเล่นสำหรับเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ควบคู่กับการบูรณาการประเด็นสิ่งแวดล้อมเข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น การกำหนดกฎ กติกา

และการสนับสนุนทรัพยากรผ่านเครือข่ายชุมชน กลไกดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เอื้อต่อการเรียนรู้ และส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่

การเปรียบเทียบกิจกรรมพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและหลังถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ.[12,22,45,-48] **ดังตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกิจกรรมพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและหลังถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ.

องค์ประกอบ NCF	กิจกรรมก่อนถ่ายโอน	กิจกรรมภายหลังถ่ายโอน
1. การมีสุขภาพดี (Good Health)	■ ให้บริการสุขภาพแม่และเด็กและเฝ้าระวังพัฒนาการในระดับรายบุคคลผ่านคลินิกครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน	■ ประสานนโยบายและวางแผนงบประมาณร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ ■ เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพเด็กกับระบบฐานข้อมูลระดับจังหวัดและระดับประเทศ ■ สนับสนุนการพัฒนานโยบายและระบบติดตาม รวมถึงการออกแบบเส้นทางการส่งต่อเด็กในระดับพื้นที่
2. โภชนาการที่เหมาะสม (Adequate Nutrition)	■ ส่งเสริมโภชนาการและให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ดูแล และอาสาสมัครเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กตามวัย	■ บูรณาการข้อมูลภาวะโภชนาการกับหน่วยงานท้องถิ่นและภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาระบบอาหารชุมชนสำหรับเด็กปฐมวัย ■ ขับเคลื่อนโครงการอาหารเสริมในเด็กโดยใช้ทรัพยากรและวัตถุดิบในพื้นที่ ■ พัฒนาระบบติดตามภาวะโภชนาการร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อความต่อเนื่องของการดูแล
3. การดูแลที่ตอบสนอง (Responsive Caregiving)	■ ให้คำปรึกษาและฝึกอบรมผู้ปกครองและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กในระดับรายบุคคล	■ สร้างเครือข่ายชุมชนพ่อแม่เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ■ พัฒนาชุดกิจกรรมและนวัตกรรมส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้ทุนทางวัฒนธรรม ■ ประสานงานกับ อบจ. ศพด. จัดหลักสูตรส่งเสริมการเรียนรู้ปฐมวัยเชิงบูรณาการ

 https://doi.org/10.64767/trcn.2026.276883

ตารางที่ 1 (ต่อ) เปรียบเทียบกิจกรรมพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนและหลังถ่ายโอนภารกิจสู่ อบจ.

องค์ประกอบ NCF	กิจกรรมก่อนถ่ายโอน	กิจกรรมภายหลังถ่ายโอน
4. ความปลอดภัยและการคุ้มครอง (Security and Safety)	■ เฝ้าระวังและส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง รวมถึงประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือรายกรณี	■ พัฒนากลไกคุ้มครองเด็กเชิงพื้นที่ร่วมกับ พม. และ อปท. เพื่อจัดการเด็กกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ■ เสริมสร้างระบบเฝ้าระวังเชิงรุกและการจัดการรายกรณี (case management) สำหรับเด็กและครอบครัวกลุ่มเปราะบาง ■ ประยุกต์ใช้ NCF ในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยของเด็ก
5. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการ (Nurturing Care Environment)	■ เฝ้าระวังครัวเรือนเด็กเสี่ยงและประสานหน่วยงานเพื่อแก้ไขปัญหาเป็นรายกรณี	■ บูรณาการความร่วมมือกับ อบจ. เพื่อพัฒนานโยบายและแผนท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการเด็ก ■ ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนและพื้นที่เรียนรู้ที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับเด็ก ■ สนับสนุนกลไกคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับตำบลในการขับเคลื่อนแผนพัฒนาท้องถิ่น

การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมของพยาบาลปฐมภูมิก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจจาก รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่ อบจ. โดยอิงกับกรอบแนวคิด NCF ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญในการส่งเสริมสุขภาวะและพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 ปี ก่อนการถ่ายโอน พยาบาลเน้นบทบาทเชิงปฏิบัติการรายบุคคลและชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพเด็ก คลินิกครอบครัว การให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และการเฝ้าระวังพัฒนาการ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจจาก รพ.สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่ อบจ. โดยขยายบทบาทเพิ่มเติมจากบทบาทเดิมเป็นเชิงระบบและนโยบายครอบคลุมการประสานงานกับ อบจ. การวางแผนงบประมาณ การใช้ฐานข้อมูลระดับชาติ การสนับสนุนกลไกคุ้มครองเด็ก และการพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนให้เอื้อต่อการเรียนรู้ การเปรียบเทียบนี้ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลปฐมภูมิเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายระดับสากลกับการปฏิบัติในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปีอย่างครบวงจรและยั่งยืน

4. บทบาทพยาบาลปฐมภูมิในบริบทใหม่ภายใต้การบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

การถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขสู่งานด้านสาธารณสุข ภายใต้การบริหารงานของ อบจ. มิได้เป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างการบริหารจัดการ แต่เป็นพลวัตสำคัญที่ผลักดันให้พยาบาลวิชาชีพปฐมภูมิต้องยกระดับสมรรถนะหลัก (core competencies) สู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ (systemic change agent) ผู้เขียนประยุกต์ใช้สมรรถนะตามมาตรฐานสภาการพยาบาล พ.ศ. 2568[43]

สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nursing)[44] เพื่อขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาวะเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ตามกรอบ NCF ผ่าน 6 บทบาทเชิงกลยุทธ์ ดังนี้

4.1 ผู้ให้คำปรึกษาเชิงนโยบายสุขภาพและระบบนิเวศการเติบโต (health policy consultant & enabling environment)

ในสภาวะการณ์กระจายอำนาจ พยาบาลวิชาชีพปฐมภูมิต้องยกระดับจากบทบาทผู้ปฏิบัติงานสู่การเป็นผู้นำเชิงยุทธศาสตร์ (strategic leader) และผู้นำการเปลี่ยนแปลง (transformational leader) โดยอาศัยสมรรถนะการวิเคราะห์ระบาดวิทยาและข้อมูลสุขภาพเชิงประจักษ์ในพื้นที่ที่ตนเองปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการเจรจาต่อรองนโยบายและการวางแผนงานร่วมกับผู้บริหารท้องถิ่น เพื่อบูรณาการองค์ประกอบของกรอบแนวคิด NCF เข้าสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม โดยการขับเคลื่อนการจัดสรรงบประมาณเชิงโครงสร้างเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการ (nurturing care environment) อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาทุนมนุษย์ที่ยั่งยืน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ การนำเสนอข้อมูลซึ่งได้จากการประเมินภาวะพัฒนาการไม่เหมาะสมตามวัย การไม่ได้รับวัคซีนตามระยะเวลา เด็กกำพร้าขาดพ่อแม่และผู้ปกครอง และปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ การกระทำความรุนแรงทารุณกรรมในเด็ก ต่อคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด เพื่อผลักดันการจัดสรรงบประมาณก่อสร้าง “พื้นที่เล่นสร้างสรรค์ (play space)” ขับเคลื่อนสู่เมืองสุขภาวะที่ปลอดภัยและเข้าถึงได้ในทุกชุมชน[22] หรือการกำหนดนโยบาย “สวัสดิการโภชนาการถ้วนหน้า” เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารอาหารที่จำเป็น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการแก้ไขปัญหารายบุคคลสู่การสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเด็กทุกคนภายใต้โครงสร้างงบประมาณที่มั่นคงของ อบจ.[3,45]

4.2 ผู้ประสานงานและจัดการระบบการดูแล (Care Manager & System Integrator)

พยาบาลปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแลเด็ก (care manager หรือ case manager) ในกรณีที่พบเด็กมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เป็นโรคเรื้อรัง พัฒนาการล่าช้า ภาวะทุพโภชนาการ หรือมีภาวะสติปัญญาบกพร่อง จำเป็นต้องบูรณาการการทำงานประสานงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน เพื่อสร้างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) พยาบาลจะประสานความร่วมมือระหว่าง สปสช. และหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.ทุติยภูมิ และตติยภูมิ[22] เพื่อสนับสนุนการติดตามพัฒนาการและโภชนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง แม้ในช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนผ่านสังกัด โดยการเป็นจุดประสานพหุภาคี[13] (multi-sectoral hub) เพื่อคงความต่อเนื่องของการดูแล (continuity of care) ยกตัวอย่าง เช่น การออกแบบระบบส่งต่อ (Referral Path) ระหว่างคลินิกเด็กดี (WCC) ใน รพ.สต. กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) และโรงพยาบาลแม่ข่าย[31] โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี ที่ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงโภชนาการต่ำหรือพัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับบริการที่ต่อเนื่องแม้จะมีการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างการบริหาร

4.3 ผู้พิทักษ์สิทธิ์และคุ้มครองเด็ก (child rights’ advocate)

พยาบาลปฐมภูมิยึดมั่นในสมรรถนะด้านจริยธรรมและกฎหมายเพื่อปกป้องเด็กกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กที่มีภาวะพัฒนาการล่าช้า เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ เด็กที่ถูกละเลยหรือเสี่ยงต่อการถูกกระทำความรุนแรง รวมถึงเด็กในครอบครัวชายขอบหรือมีข้อจำกัดเศรษฐานะ พยาบาลทำหน้าที่เชิงรุกในการค้นหาประเมินเศรษฐานะ สภาพความเป็นอยู่ ประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) และภาคประชาสังคมในพื้นที่ เพื่อสร้างกลไกคุ้มครองเด็กจากความรุนแรงและความเครียดที่เป็นพิษ (toxic stress) พร้อมผลักดันให้ อบจ. มีมาตรการคุ้มครองเด็กในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม[48]

โดยการใช้จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ เพื่อปกป้องเด็กกลุ่มเปราะบางจากการถูกละเลยหรือความรุนแรง ผ่านการจัดตั้งกลไกเฝ้าระวังความปลอดภัยในชุมชนร่วมกับ พมจ. และผู้นำท้องถิ่น เพื่อระบุและให้ความช่วยเหลือครอบครัวชายขอบหรือเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบากอย่างทันท่วงที มุ่งลดปัจจัยลบที่ก่อให้เกิดความเครียดที่เป็นพิษต่อสมองเด็กซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจ

4.4 ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาและสอนแนะครอบครัว (counselor & parent coach)

พยาบาลปฐมภูมิประยุกต์สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice) ในการให้คำปรึกษาเชิงลึกแก่ผู้ปกครอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงตอบสนอง (responsive caregiving) และการส่งเสริมการเรียนรู้ระยะแรกเริ่ม (early learning) พยาบาลทำหน้าที่เชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการเข้ากับวิถีชีวิตจริงของครอบครัว เพื่อกระตุ้นพัฒนาการสมองเด็กอย่างสูงสุด ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอัตลักษณ์ในการเลี้ยงดู ผ่านการจัดกิจกรรม “family coaching” ในคลินิกครอบครัว โดยพยาบาลขั้นสูงใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเชิงลึก เพื่อสอนผู้ปกครองเรื่องการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างเหมาะสมและการส่งเสริมการเรียนรู้ระยะแรกเริ่มผ่านกิจวัตรประจำวัน แทนการให้ข้อมูลเพียงด้านสุขภาพทางการแพทย์

4.5 ผู้บริหารจัดการและนวัตกรในชุมชน (Manager & Innovator in community)

การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพและทรัพยากรท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและฐานข้อมูลสุขภาพเด็ก (metadata) มาใช้ในการวางแผนเชิงพื้นที่ พยาบาลปฐมภูมิทำหน้าที่ออกแบบนวัตกรรม หรือประสานความร่วมมือกับเครือข่ายสหวิชาชีพในการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล[12] นวัตกรรมการบริการหรือเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาการที่สอดคล้องกับ “ทุนทางสังคม” และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อลดภาระงานเอกสารและเพิ่มคุณภาพผลลัพธ์สุขภาพเด็ก โดยการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (metadata) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน เช่น การพัฒนาฐานข้อมูลดิจิทัลที่เชื่อมโยงข้อมูลพัฒนาการเด็กระหว่าง รพ.สต. และ อบจ.[31] เพื่อความแม่นยำในการวางแผนเชิงพื้นที่ (spatial health planning) รวมถึงการสร้างสรรค์นวัตกรรม “ชุดเครื่องมือส่งเสริมพัฒนาการตามทุนวัฒนธรรมท้องถิ่น” เพื่อลดภาระงานเอกสารและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.6 นักวิจัยและผู้นำการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (researcher)

พยาบาลปฐมภูมิใช้สมรรถนะวิชาการในการทำวิจัยจากงานประจำ (R2R) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาพัฒนาการและโภชนาการเด็กในบริบทเฉพาะของพื้นที่ถ่ายโอน พยาบาลควรนำผลงานวิจัยมาใช้สนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ อบจ. และปรับปรุงคุณภาพบริการพยาบาลปฐมภูมิให้เป็นแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์สุขภาพเด็กเป็นสำคัญและความพึงพอใจของผู้รับบริการ[31] โดยการขับเคลื่อนงานวิจัยจากงานประจำเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จำเพาะต่อบริบทพื้นที่ ยกตัวอย่าง เช่น การศึกษาประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก หรือการประเมินผลลัพธ์ของระบบติดตามภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กอายุ 0-3 ปี ในระดับครัวเรือน[13] แล้วนำผลลัพธ์มาปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (standards of practice) และใช้เป็นหลักฐานสนับสนุนการพัฒนานโยบายและการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพแม่และเด็กในระดับท้องถิ่น

บทบาททั้ง 6 มิติ สะท้อนการเปลี่ยนผ่านของพยาบาลปฐมภูมิจากผู้ให้บริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้การทำงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นการดูแลแม่และเด็กสู่ผู้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีสุขภาพดี (good health) โภชนาการที่เหมาะสม และการ

ดูแลตอบสนองและการเรียนรู้ปฐมวัย แต่กิจกรรมและบทบาทซึ่งต้องเพิ่มขึ้น คือ การสร้างความปลอดภัยและการคุ้มครอง รวมทั้งการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาการ ลดความแยกส่วนของบริการและเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม การดำเนินบทบาทดังกล่าว จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงนโยบาย ระบบข้อมูล และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

บทสรุป

การถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี สู่การบริหารของ อบจ. สะท้อนการเปลี่ยนผ่านเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งส่งผลให้บทบาทของพยาบาลขยายจากการปฏิบัติงานเชิงบริการ สู่การเป็นผู้ขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ ทั้งในด้านการใช้ข้อมูล การประสานงาน และการบูรณาการภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอาใจใส่ (Nurturing Care Framework: NCF) บทความนี้เสนอให้เห็นว่า กรอบดังกล่าวสามารถใช้เป็นฐานแนวคิดในการกำหนดและยกระดับบทบาทพยาบาลปฐมภูมิให้มีความชัดเจนเชิงระบบ และสนับสนุนการออกแบบบริการที่ครอบคลุมมิติสุขภาพ พัฒนาการ และการเลี้ยงดูเด็กอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนบทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยกลไกกำกับมาตรฐาน ระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยง และความชัดเจนเชิงนโยบาย เพื่อรองรับการดำเนินงานในบริบทการกระจายอำนาจ และเสริมสร้างความต่อเนื่องและคุณภาพของระบบการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 3 ปี ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Decentralization to Local Government Organization Committee. Act on the decentralization plan and process to local government organizations, B.E. 2542 (1999). Bangkok: Secretariat of the House of Representatives Publishing; 1999. (in Thai)
2. Suphanchaimat R, Noree T, Pagaiya N, Hongthong P, Nimnual I, Hengsiri P. The effects of decentralizing health-promoting hospitals to local governments on primary health care system: case study of the 3-Healthcare Provider Teams in 5 provinces. Nonthaburi: International Health Policy Program Foundation; 2024. (in Thai)
3. Uansri S, Markchang K, Chotchoungchatchai S, Ontong S, Panapong N, Pattanasiri T. The transfer of sub-district health promoting hospitals to local government organizations: progress and challenges. Journal of Health Systems Resesrch 2024;18(3):314-30. (in Thai)
4. García JL, Heckman JJ, Leaf DE, Prados MJ. Quantifying the life-cycle benefits of an influential early-childhood program. J Polit Econ 2020;128(7):2502–41. doi:10.1086/705718
5. Ministry of Public Health (Thailand). Health Data Center (HDC) [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 30]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/main

6. National Statistical Office (NSO). Thailand multiple indicator cluster survey 2022. Bangkok: National Statistical Office; 2023. (in Thai)
7. Rutjanawet K, Yongyuan B, Thayansin S. The study of corporal punishment in children among parents of different generations. Journal of Social Science and Cultural 2023;7(11):347–57. (in Thai)
8. National Scientific Council on the Developing Child, Center on the Developing Child Harvard University. Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined: working Paper No. 15. [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 30]. Available from: https://bit.ly/4cRHeWc
9. Srisasalux J, Hongthong P. Health decentralization in the context of transferring subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations: lessons from the field. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2025. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6328?locale-attribute=th (in Thai)
10. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) to the Provincial Administrative Organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 1 warning signs on potential health impacts. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2024. (in Thai)
11. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of tambon health promoting hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 2 Evaluation of impacts on health and health services by a retrospective cohort study and case studies. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2024. (in Thai)
12. Faramnuayphol P. Monitoring situation of health information system and designing appropriate health information system management under the transfer of subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2025. (in Thai)
13. Suwan J. Development of the organizational management model and restructuring of primary care mission of district public health office after the transfer of the sub-district health promoting hospitals in Roi-Et province. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) 2025;40(3):e15334. (in Thai)
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2022: summary of results. New York: United Nations; 2022.
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects 2024: summary of results. New York: United Nations; 2024.

16. Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRDI). Thailand's elderly situation in 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2021. (in Thai)
17. National Economic and Social Development Council (NESDC). Impact assessment and sustainability of elderly consumption under Thailand's pension system. Bangkok: NESDC; 2023.
18. Department of Provincial Administration. Population statistics from civil registration [Internet]. 2024 [cited 2025 Jul 30]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view
19. Prutipinyo C. Interesting law on criteria and procedures for transferring public health missions to the provincial administrative organization. Public Health Policy & Law Journal 2022;8(3):562-74. (in Thai)
20. Decentralization to Local Government Organization Committee. Announcement of the Committee on the Decentralization of Public Health Services, B.E. 2564 (2021). Bangkok: Ministry of Interior; 2021. (in Thai)
21. Subcommittee on the Transfer of Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations, Committee on Public Health, Senate. Study report: "monitoring the transfer of missions of health promoting hospitals to provincial administrative organizations: problems, obstacles, and recommendations". Bangkok: Secretariat of the Senate; 2024. (in Thai)
22. Saengsupho S, Boontham N, Napasri W, Kamboonruang C, Mahawat P, Hnorcom R, et al. The strategic role and mission of provincial administrative organization to provide community health care services in the provincial northern areas. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2024. (in Thai).
23. Tumkosit U, Patamasiriwat D, Meemak W, Punnitamai W, Thammakoranonta N, Mahakanjana C, et al. Evaluation of the policy on decentralizing subdistrict health promoting hospitals to provincial administrative organizations: part 1 – progress in implementation. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2024. (in Thai)
24. Aivalli P, Dada S, Gilmore B, Srinivas PN, De Brún A. Power dynamics and intersectoral collaboration for health in low- and middle-income countries: a realist review. Health Policy Plan 2025;40(6):661-83. doi: 10.1093/heapol/czaf022.
25. Verma VR, Sriram S, Saini A, Dash U. Barriers to effective health coverage in low- and middle-income countries: a systematic scoping review. J Health Manag 2025;0(0). doi: 10.1177/09720634251332818.

26. Sanannaree N, Buathed D. The model in public health mission of sub-district health promoting hospitals after transferring to the provincial administrative organization. Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus 2024;11(1):102-12. (in Thai)
27. Oliveira R, Santinha G, Sá Marques T. The impacts of health decentralization on equity, efficiency, and effectiveness: a scoping review. Sustainability 2024;16(1):386. doi:10.3390/su16010386.
28. Ratchathawan R, Thanormchayatawat B, Chantra R, Junwin B, Dissara W, Promkaew P, et al. A model of primary health care service delivery provided by the Queen Sirikit Health Centers and Subdistrict Health Promotion Hospitals after being transferred to the management of the Provincial Administrative Organizations using the mechanism of the Primary Health System Act (B.E. 2562). Nakhon Si Thammarat: Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
29. Saejeng K, Chamroonsawasdi K, Laisuwannachart P, Thumbumrung N, Choochaimangkhala P. Health services readiness, accessibility and utilization of maternal and child health services after transfer of subdistrict health promoting hospitals to Provincial Administrative Organizations (PAO). Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health 2025;48(2):86-101. (in Thai)
30. Serván-Mori E, Pineda-Antúnez C, Cerecero-García D, Flamand L, Mohar- Betancourt A, Millett C, et al. Health system financing fragmentation and maternal mortality transition in Mexico, 2000-2022. Int J Equity Health 2025;24(1):32. doi:10.1186/s12939-024-02357-3.
31. Sriratanaban J, Singweratham N, Maneechay M, Komwong D, Sinthuphan J, Siewchaisakul P, et al. Assessment of population health impacts subsequent to the transfer of Tambon Health Promoting Hospitals (THPH) to the provincial administrative organizations (PAOs) in the fiscal year 2566: phase 3 Evaluation of impacts on health and health services by a retrospective cohort study and case studies. Bangkok: Health Systems Research Institute (HSRI); 2026. (in Thai)
32. Wongpreedee A, Sudhipongpracha T. Developing a model of a primary care system for Provincial Administrative Organizations (PAOs): a case of Rayong provincial administrative organization. Journal of Public and Private Management 2024;31(2):1-28. (in Thai)
33. Birru E, Ndayizigiye M, Wanje G, Marole T, Smith PD, Koto M, et al. Healthcare workers' views on decentralized primary health care management in Lesotho: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2024;24(1):801. doi: 10.1186/s12913-024-11279-3.

34. Narattharaksa K, Sirilak S, Sirilak P, Narattharaksa T. Transferring the control over sub-district health promoting hospital from the Ministry of Public Health to the provincial administration organization: a case study in Phitsanulok. Journal of Medical and Public Health Region 4 2024;14(3):34-48. (in Thai)
35. Such E, Smith K, Woods HB, Meier P. Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health inequalities in high-income countries: a complexity-informed systematic review. Int J Health Policy Manag 2022;11(12): 2780-92. doi: 10.34172/ijhpm.2022.6550.
36. Early Childhood Development Policy Committee. Early childhood development plan 2021–2027. Bangkok: Prikwan Graphic; 2021. (in Thai)
37. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization; 2021.
38. UNICEF, World Health Organization. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: WHO; 2018.
39. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986
40. Khatri RB, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Contribution of health system governance in delivering primary health care services for universal health coverage: a scoping review. PLoS One 2025;20(2):e0318244. doi: 10.1371/journal.pone.0318244.
41. Sriyasak A, Sridawruang C, Sriring P, Nitkhamhan B, Chatchumni M, Khaonuan B, et al. Factors affecting hospital provision of health-promoting services transferred to provincial administration in Thailand. Int J Environ Res Public Health 2024;21(8):1053. doi: 10.3390/ijerph21081053.
42. Erasmus CJ, Willemse A. Interventions that enhance nurturing care during early childhood development: a RE-AIM framework review. J Early Child Res 2025;23(4):414-30. doi: 10.1177/1476718X251339312.
43. Nursing Council of Thailand. Notification of the Nursing Council on roles and competencies of professional nurses in the primary health care system, B.E. 2568 (2025). Royal Thai Government Gazette 2025;142(Special Section 398 Ng):28. (in Thai)
44. Nursing Council of Thailand. Notification of the Nursing Council on scope and competencies of advanced practice nurses in various fields. Royal Thai Government Gazette 2009;126(Special Section 16 Ng):28. (in Thai)

45. Wariloon A, Boonsawasdgulchai P. Community-based approaches to enhancing early childhood development quality in rural northeastern Thailand: a critical ethnographic study. Pac Rim Int J Nurs Res 2025;29(4):790–809. doi: 10.60099/prijnr.2025.274388.
46. Busaratiji K, Prasomsuk S, Busaratiji J. The role of sub-district health promoting hospital nurses in promoting early childhood development. Christian University Journal. 2021;27(2):120–31. (in Thai)
47. Nakakesien P, Pongsaranantakul Y. Participation of local communities with capacity building toward a master learning center for child care center: case study of the central and western area of Thailand. J Nurs Ther Care 2014;32(2):181-9. (in Thai)
48. Atthanak C. Development model of participation of network partners health action plan Nong Hang subdistrict health promoting hospital, Kuchinarai district Kalasin province. Journal of Environmental and Community Health 2022;7(3):142-50. (in Thai)

Effects of Simulation-Based Teaching and Learning with Structured Debriefing on Nursing Students' Learning Experiences in a Maternal-Neonatal Nursing Course: A Mixed-Methods Study

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้างต่อประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก: การวิจัยแบบผสานวิธี

Phat Prapawichar* Nungruetai Kanchantr Jitlada Thawornkul*** Onouma Thummapol******
พัด ประภาวิชา* หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์ จิตรลดา ถาวรกุล*** อรอุมา ธรรมผล******

Abstract

Teaching and learning in maternal and child health nursing present significant challenges due to the complexity and high-risk nature of patient care. These conditions limit nursing students' opportunities to engage in real clinical practice and to develop clinical

Received: January 30, 2026 Revised: April 25, 2026 Accepted: April 29, 2026

* Lecturer, Maternal and Child Nursing, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand 10240. E-mail: phatprp@au.edu

* อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240. E-mail: phatprp@au.edu

** Corresponding Author, Lecturer, Maternal and Child Nursing, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand 10240. E-mail: nunuengtai@gmail.com

** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240. E-mail: nunuengtai@gmail.com

*** Lecturer, Maternal and Child Nursing, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand 10240. E-mail: jitladathw@au.edu

*** อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาและทารก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240. E-mail: jitladathw@au.edu

**** Assistant Professor, Simulation-Based Learning, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand 10240. E-mail: onoumathm@au.edu

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240. E-mail: onoumathm@au.edu

 https://doi.org/10.64767/trcn.2026.280188

reasoning skills. Therefore, simulation-based learning combined with structured debriefing has been implemented to enhance students' learning experiences. This study aimed to (1) examine the mean scores of nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing in a maternal and child health nursing course, and (2) explore nursing students' learning experiences after participation in this instructional approach.

Methods: A mixed-methods study was conducted with 36 fourth-year nursing students enrolled in a maternal and child health nursing course at a private university in Thailand. Research instruments included (1) quantitative data were collected using the Debriefing Experience Scale (DES), (2) qualitative data were obtained through focus group interviews and reflective observation; and (3) research intervention was a lesson plan integrating simulation-based learning with structured debriefing, consisting of three phases: 1) Pre-briefing 2) Simulation facilitation 3) Structured debriefing. Data were collected after completion of the learning activities. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and one-sample t-tests comparing observed mean scores with the corresponding subscale midpoint values. Qualitative data, obtained from focus group interviews and reflective observation during and after simulation-based learning, were analyzed using thematic analysis, and findings were integrated to provide a comprehensive understanding of students' learning experiences.

Results: The findings indicated that nursing students reported high levels of positive learning experiences following structured debriefing. The mean score for experience during debriefing was 87.36 (S.D. = 7.62), while the mean score for the importance of debriefing was 88.22 (S.D. = 9.84). The results showed that all DES subscale scores were significantly higher than the neutral midpoint values ($p < .001$). Qualitative findings indicated that structured debriefing enhanced clinical reasoning through guided reflection and emotional expression as a catalyst for learning during simulation. Facilitator behaviors fostered a psychologically safe learning environment. Simulation with structured debriefing enhanced perceived readiness for clinical practice.

Conclusion: Simulation-based learning combined with structured debriefing is associated with positive learning experiences among nursing students in maternal and child health nursing education.

Keywords: simulation-based learning, debriefing, maternal and child health, learning experience

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกมีความท้าทาย เนื่องจากผู้รับบริการมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสจำกัดในการฝึกปฏิบัติและพัฒนาการคิดวิเคราะห์ทางคลินิกในสถานการณ์จริง ดังนั้น การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้างจึงถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาคะแนนเฉลี่ยของประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้างในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารก และ (2) อธิบายประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ดังกล่าว

วิธีการวิจัย: การวิจัยแบบผสานวิธีดำเนินการวิจัยกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 36 คน ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมโดยใช้แบบประเมินประสบการณ์การสะท้อนผลการเรียนรู้ (Debriefing Experience Scale: DES) (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบสะท้อนคิด และ (3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนร่วมกับการจัดกิจกรรมสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ: 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการจำลองสถานการณ์ 2) การดำเนินกิจกรรมสถานการณ์จำลองโดยผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวก 3) การสะท้อนคิดอย่างมีโครงสร้างผ่านการสนทนาแบบชี้นำ เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างเดียว โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่สังเกตได้กับค่ากึ่งกลางของแต่ละมิติย่อยของแบบวัด และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น และบูรณาการผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างครอบคลุม

ผลการวิจัย: ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับประสบการณ์การเรียนรู้เชิงบวกในระดับสูงทุกมิติ ค่าเฉลี่ยด้านประสบการณ์ระหว่างสะท้อนผลการเรียนรู้ เท่ากับ 87.36 (S.D. = 7.62) และค่าเฉลี่ยของความสำคัญของการสะท้อนผลการเรียนรู้เท่ากับ 88.22 (S.D. = 9.84) ผลการทดสอบภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนทุกมิติสูงกว่าค่ากลางของมาตรวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ข้อมูลเชิงคุณภาพ อธิบายว่า การสะท้อนผลการเรียนรู้แบบมีโครงสร้างช่วยส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การจัดการอารมณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในบรรยากาศที่ปลอดภัย และความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล

สรุป การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนผลแบบมีโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับการเกิดประสบการณ์การเรียนรู้เชิงบวกของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลอง การพยาบาลมารดาและทารก ประสบการณ์การเรียนรู้

Introduction

Maternal and child health nursing is a complex area in undergraduate nursing education, requiring rapid clinical judgment, effective communication, and safe care for women, newborns, and families. However, opportunities for students to engage in complex maternal and neonatal care during clinical placements are often limited due to patient safety concerns and the acuity of clinical conditions. These constraints may hinder the development of essential competencies, contributing to the theory–practice gap in nursing education.[1]

To address these challenges, simulation-based learning (SBL) has been increasingly adopted to provide a safe environment for experiential learning. Simulation has been widely used in intrapartum care, obstetric emergency training, and maternal–newborn practice, demonstrating positive effects on knowledge, self-efficacy, and clinical skills.[2–6] Evidence also shows that simulation improves clinical performance in obstetric emergency management and midwifery care.[7,8] However, the effectiveness of simulation depends largely on the debriefing phase, where learners reflect on performance and integrate experience with theoretical knowledge.[9-11]

Debriefing is a structured reflective process that enables learners to analyze decisions, identify strengths and weaknesses, and construct meaning from their experiences.[9] Guided dialogue supports both cognitive and emotional reflection, enhancing clinical reasoning and deeper learning.[10,12,14] Although simulation-based education has expanded in Thailand, structured debriefing is not consistently implemented following simulation sessions, which may limit reflective learning and reduce educational effectiveness.[15,17]

In maternal and child health nursing, these challenges are intensified by the complexity and sensitivity of clinical situations. Although simulation-based learning has been shown to be effective, most studies focus on knowledge or skills rather than learning experiences. Evidence on students' learning experiences following structured debriefing in maternal and child health nursing remains limited, particularly in private university settings in Thailand.[18,19] Therefore, this study aimed to examine nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing and to explore how this approach supports meaningful learning. As educators and researchers in a private university, the authors expect that the findings of this study will provide valuable implications for optimizing teaching and learning strategies in a maternal-neonatal nursing course, particularly through the integration of structured debriefing, and inform the development of evidence-based instructional practices in the future.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was informed by the Cornerstone Healthcare Simulation Standards of Best Practice (HSSOBP)[20] and the Debriefing for Meaningful Learning (DML) framework.[12] The HSSOBP provides guidance for the design and implementation of simulation-based learning, including learner preparation, simulation facilitation, and structured debriefing.[20] The DML framework emphasizes facilitator-guided reflection through purposeful questioning, exploration of learners' cognitive and emotional responses, and integration of experience with theoretical knowledge to support clinical reasoning and meaningful learning.[12]

Drawing upon these theoretical foundations, this study conceptualizes that the educational intervention, Simulation-Based Learning with Structured Debriefing, serves as the primary catalyst for shaping nursing students' learning experiences (Figure 1). The intervention was integrated into a simulation-based learning approach in a maternal–neonatal nursing course and operationalized through three sequential components.

First, in the pre-briefing phase, students were prepared for learning by being oriented to learning objectives, clinical scenarios, roles, and expectations, while psychological safety was established.[20,21]

Second, simulation facilitation phase, students engaged in maternal–neonatal clinical scenarios requiring assessment, decision-making, communication, and nursing interventions.[22,23]

Third, in the structured debriefing phase, facilitators used guided reflective questioning based on the DML approach to support reflection on actions, exploration of emotional responses, and integration of theory into practice.[12]

This structured process was expected to influence nursing students' learning experiences related to structured debriefing, including (1) learning and making connections, (2) analyzing thoughts and feelings, (3) facilitator skills, and (4) appropriate facilitator guidance, as conceptualized in the Debriefing Experience Scale (DES).[24,25] These components also reflect the dimensions of experience during debriefing and the perceived importance of debriefing. These constructs were further interpreted through qualitative findings, reflecting students' experiences in terms of clinical reasoning, emotional expression, facilitator support, and perceived preparedness for clinical practice.[13-14,19]

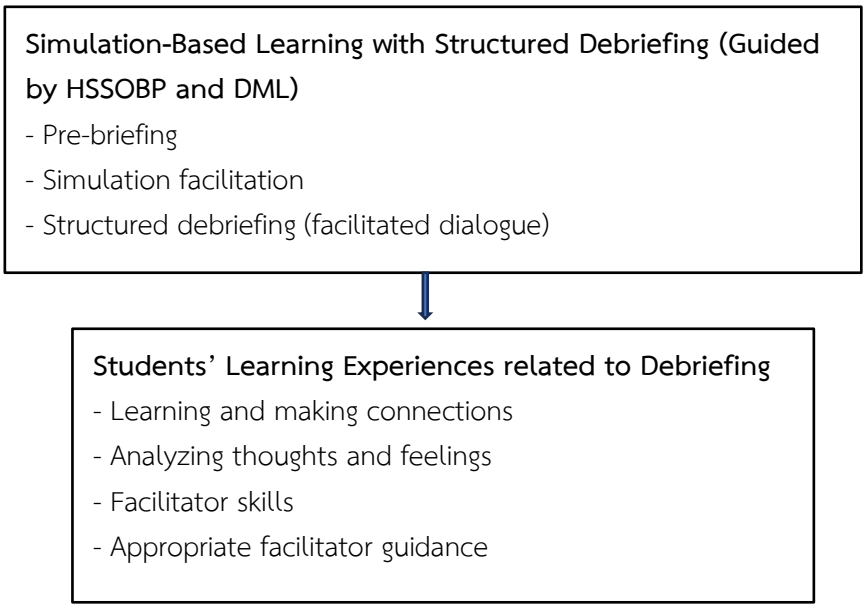


Figure 1: Conceptual Framework

Research Questions

1. What is the average score of nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing in a maternal-neonatal nursing course?

2. How did nursing students perceive and reflect on their learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing?

Research Objective

1. To examine the average score of nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing in a maternal-neonatal nursing course.

2. To explain nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing.

Research Hypothesis

Nursing students who participated in simulation-based learning with structured debriefing reported significantly higher mean scores across all dimensions of the Debriefing Experience Scale (DES) compared to the corresponding subscale midpoint values, as determined by one-sample t-test.

Methods

This study employed a concurrent mixed-methods design to examine nursing students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing in maternal and neonatal health nursing.

Population and Sample

Participants were 36 fourth-year nursing students enrolled in a maternal and child health practicum at a private university in Thailand, selected through purposive sampling. The sample size was determined using a power analysis conducted with G*Power. Based on a one-sample t-test, a medium effect size (d = 0.50) was assumed, with a significance level (α) of 0.05 and a desired statistical power of 0.80. The analysis indicated that a minimum sample size of 34 participants would be required to detect a statistically significant difference from the neutral midpoint of the scale.

Research Instrument for Data Collection

1. Quantitative data were gathered using 1.1) the Demographic Data Form, which comprises age, grade point average (GPA), and the quantity of previous simulation-based learning experiences; and 1.2) the Debriefing Experience Scale (DES), developed by Reed,[24] which was used to assess nursing students' learning experiences during the debriefing process following simulation-based learning. The DES is measured using a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The scale includes two dimensions: (1) experience during debriefing (EP) and (2) importance of debriefing (IM). Each dimension includes four subscales namely, (1) learning and making connections (8 items), (2) analyzing thoughts and feelings (4 items), (3) facilitator skills (5 items), and (4) appropriate facilitator guidance (3 items). Total scores range from 20 to 100, with higher midpoint scores indicating more positive learning experiences during debriefing. The neutral midpoint of the scale is 3 (calculated as 3 × number of items per subscale), which was used as the test value for statistical comparison in this study. Total scores range from 20 to 100, with higher mean scores indicating more positive learning experiences during debriefing. The neutral midpoint of the scale is 3, which was used as the test value for statistical comparison in this study. 1.3) The intervention consisted of a structured lesson plan integrating simulation-based learning (SBL) with structured debriefing in a maternal–neonatal nursing course. The primary aim was to enhance students' clinical reasoning, reflective thinking, and preparedness for clinical practice. A total of 36 nursing students were divided into five groups (7–8 students per group). They were assigned to participate in the session. Each session consists of three scenarios, including 1) normal vaginal delivery, 2) conducting nurse, and 3) collaborating nurse. Each session lasted approximately 45–60 minutes, covering the childbirth process from the second stage of labor to immediate delivery.

Simulations were conducted in a simulation laboratory using standardized equipment, facilitated by trained faculty members. Each session included three phases:

(1) Pre-briefing phase: students were oriented to learning objectives, simulation scenarios, roles, expectations, and psychological safety were established.

(2) Simulation phase: students participated in maternal-neonatal clinical scenarios designed to reflect real-life situations; and

(3) Structured debriefing phase: debriefing was conducted using guided reflective questioning based on the Debriefing for Meaningful Learning (DML) approach.

The lesson plan for simulation-based learning, including the clinical scenarios and structured debriefing process, was reviewed by three experts in maternal and child nursing and simulation-based education to ensure content relevance and appropriateness. The activities were revised based on expert feedback prior to implementation.

2. For the qualitative data collection, a semi-structured interview guide was developed based on the study objectives, relevant theoretical frameworks, and a literature review to explore students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing. Example guiding questions included "What did you learn from the simulation experience?"; "How did the structured debriefing help you understand your clinical decision-making?"; and "In what ways did the simulation and structured debriefing prepare you for real clinical practice?"

All discussions were audio-recorded with participants' consent and transcribed verbatim for analysis. Furthermore, reflective observation served as an additional qualitative data source. Instructors documented observations related to student engagement, interaction, reflective behaviors, and learning dynamics during and after debriefing sessions to provide contextual support for the interview data."

Validity and Reliability of the Research Instrument

Three experts in maternal-child nursing and simulation-based education evaluated the content validity of the qualitative interview guide and the simulation-based lesson plan, yielding an overall Content Validity Index (CVI) of 0.86. Additionally, the Debriefing Experience Scale (DES) demonstrated strong reliability in previous research, with Cronbach's alpha coefficients of 0.93 for the experience component and 0.91 for the importance component.[24]

Data Collection

Participants were recruited from fourth-year nursing students enrolled in the Maternal and Neonatal Nursing Practicum at a private university. All eligible students were invited, and those who agreed provided informed consent. Data collection proceeded in three phases:

1) Pre-briefing phase: students attended a pre-briefing session in the simulation laboratory, where they were oriented to learning objectives, clinical scenarios, roles, and expectations. No research data were collected at this stage.

2) Simulation learning and debriefing phase: students participated in three maternal-neonatal simulation scenarios in the simulation laboratory, followed by structured debriefing using the Debriefing for Meaningful Learning (DML) approach. Reflective observation data were collected during and after debriefing, focusing on student engagement, interaction, and reflective behaviors.

3) Post-simulation phase: after all sessions, quantitative and qualitative data were collected. Quantitative data were obtained once using the Debriefing Experience Scale (DES) and a demographic questionnaire.

"Qualitative data were collected through focus group interviews conducted in a designated classroom. Participants were purposively selected to ensure a diverse range of perspectives, and all interviews were audio-recorded and transcribed verbatim for analysis."

Data Analysis

Quantitative Data Analysis

Quantitative data were analyzed using IBM SPSS (version 26). Descriptive statistics, including means, standard deviations, frequencies, and percentages, were used to summarize participants' demographic characteristics and DES scores. Prior to inferential analysis, assumptions of normality and independence were examined and met. A one-sample t-test was conducted to compare observed mean scores with the corresponding subscale midpoints (calculated as 3 × number of items per subscale). This analysis was performed to determine whether students' learning experiences were significantly higher than the subscale midpoint values, in accordance with the research hypothesis. Statistical significance was set at $p < .05$.

Qualitative Data Analysis

Qualitative data from focus group interviews and reflective observation were analyzed using thematic analysis. Audio-recorded data were transcribed verbatim and reviewed repeatedly for data familiarization. Initial codes were generated and organized into categories and themes. To ensure rigor, credibility was established through data triangulation, combining focus group interviews and reflective observations and by rechecking emerging themes against the original data through peer debriefing among the research team. Dependability was supported through consistent coding procedures while confirmability was ensured through peer review.

Ethical Consideration/Informed Consent

Prior to commencement, the study protocol was approved by the Institutional Review Board (IRB No. 32/2025, approved on August 27, 2025). All participants were informed about the study's purpose, procedures, potential risks and benefits, and their rights, including the right to withdraw at any time without academic or personal consequences. To minimize potential coercion, the informed consent process was conducted by an independent

individual who was not involved in teaching or evaluating the students. The instructors who facilitated the simulation and debriefing sessions did not participate in obtaining consent or accessing identifiable data. Participation in the study was voluntary and did not affect students' course grades or academic evaluation. All data were anonymized, and no identifying information was collected. Data were securely stored and accessible only to the research team. The data were used solely for research purposes, ensuring confidentiality and participants' privacy.

Results

Demographic Characteristics

Table 1: Demographic characteristics of the participants (n = 36)

Variable	Category	Frequency (n)	Percent (%)
Age (years)	20–23	27	75.0
	24–27	4	11.1
	>27	5	13.9
Total		*36*	*100.0*
Gender	Female	34	94.4
	Male	2	5.6
Total		*36*	*100.0*

Table 2: GPA and number of prior experiences in the simulation lab of the participants (n = 36)

GPA	Frequency (n)	Percent (%)
2.00-2.50	2	5.6
2.51-3.00	16	44.4
3.01-3.50	11	30.6
3.51-4.00	7	19.4
Number of prior simulation experiences before participation in the normal delivery simulation (times)		
3-4	5	13.9
5-6	10	27.8
7-8	5	13.9
> 8	16	44.4

A total of 36 participants provided informed consent to participate in this study. The majority were aged 20-23 years (75.0%), followed by those aged > 27 years (13.9%) and 24-27 years (11.1%). Most participants were female (94.4%). Regarding academic performance, 44.4% of participants had a GPA between 2.51-3.00, and 36.1% had a GPA between 3.01-3.50. In terms of prior experience, 44.4% of participants had attended more than eight simulation sessions before this study, while 13.9% had participated in only 3-4 sessions. This indicates that most participants had moderate to high levels of prior simulation exposure from other courses. The distributions of participants' characteristics are illustrated in Tables 1 and 2.

The results of the debriefing process, as measured by the Debriefing Experience Scale (DES) following the simulation sessions, are presented in Table 3. Overall, nursing students reported highly positive learning experiences during the structured debriefing sessions. In the **Experience during Debriefing (EP)** dimension, the highest mean score was observed for the *Learning and Making Connections' subscale* (Mean = 35.36, S.D. = 3.40), indicating that students actively engaged in reflective thinking regarding their clinical actions and emotional responses. This was followed by *Facilitator Skill in Conducting Debriefing* (Mean = 21.50, S.D. = 2.44) and *'Analyzing Thoughts and Feeling'* (Mean = 16.81, S.D. = 1.92). The lowest mean score within this dimension was for *'Appropriate Facilitator Guidance'* (Mean = 13.69, S.D. = 1.28), However, this value still reflects a positive perception of the debriefing experience.

Similarly, within the Importance of Debriefing (IM) dimension, all subscales were rated highly, suggesting that students perceived debriefing as an essential component of their learning. The highest mean score was found for 'Learning and Making Connections' (Mean = 35.00, S.D. = 4.49), followed by 'Facilitator Skill in Conducting Debriefing' (Mean = 22.36, S.D. = 2.67) and 'Analyzing Thoughts and Feelings' (Mean = 17.08, S.D. = 2.20). The lowest mean score was observed for 'Appropriate Facilitator Guidance' (Mean = 13.78, S.D. = 1.51).

One sample t-tests were conducted to compare the observed mean scores of each DES subscale with their respective midpoint values. The overall DES scores indicated high levels of Perceived Experience during Debriefing (EP) (Mean = 87.36, S.D. = 7.62) and Importance of Debriefing (IM) (Mean = 88.22, S.D. = 9.84). These results indicated that all subscale scores were significantly higher than their corresponding midpoints ($p < .001$), reflecting consistently positive student perceptions. These findings suggest that structured debriefing was perceived as a valuable component of simulation-based learning. However, these results should be interpreted as reflecting perceived learning value rather than the causal effectiveness of the intervention. The substantial differences between observed scores and midpoint values further underscore strong student engagement and the perceived effectiveness of structured debriefing.

Table 3: One-sample t-test Results for Debriefing Experience Scale (DES) after receiving the intervention (n = 36)

DES Dimension	Mean	S.D.	μ	t	95% CI (Mean)	*p*	Cohen's d
1. Overall Experience during Debriefing (EP)	87.36	7.62	60	21.54	24.78-29.94	<.001	3.59
1.1 Learning and making connections (EP_Sub1)	35.36	3.40	24	20.05	34.21–36.51	<.001	3.34
1.2 Analyze thoughts and feelings (EP_Sub2)	16.81	1.92	12	15.03	16.16–17.46	<.001	2.51
1.3 Facilitator skill in conducting debriefing (EP_Sub3)	21.50	2.44	15	15.98	20.68–22.32	<.001	2.66
1.4 Appropriate facilitator guidance (EP_Sub4)	13.69	1.28	9	21.99	13.26–14.12	<.001	3.66
2. Overall Importance of Debriefing (IM)	88.22	9.84	60	17.21	24.89-31.55	<.001	2.87
2.1 Learning and making connections (IM_Sub1)	35.00	4.49	24	14.70	33.48–36.52	<.001	2.45
2.2 Analyze thoughts and feelings (IM_Sub2)	17.08	2.20	12	13.86	16.34–17.82	<.001	2.31
2.3 Facilitator skill in conducting debriefing (IM_Sub3)	22.36	2.67	15	16.54	21.46–23.26	<.001	2.76
2.4 Appropriate facilitator guidance (IM_Sub4)	13.78	1.51	9	18.99	13.27–14.29	<.001	3.17

Remark (s): EP = Experience during debriefing; IM = Importance of debriefing. Values are presented as mean (M) and standard deviation (S.D.). All tests were two-tailed, with statistical significance set at p < .05. Effect sizes were calculated using Cohen's d.

Qualitative Findings

Qualitative results from focus group interviews and reflective observations were analyzed using thematic analysis, resulting in four distinct themes that reflect students' learning experiences following simulation-based learning with structured debriefing.

Theme 1: Structured debriefing enhanced clinical reasoning through guided Reflection

Students reported that structured debriefing facilitated their ability to analyze clinical situations and justify their nursing actions. Guided questioning enabled them to bridge the gap between theoretical knowledge and clinical practice, thereby refining their reasoning processes. Reflective observations further corroborated these findings, as students were seen revisiting their decisions and engaging in deeper analytical discussions during the debriefing sessions.

"The debriefing helped me understand why I chose that intervention and how I should think step by step in similar cases." (P3)

"I realized that I missed some important assessment points, and now I understand how to think more systematically." (P6)

Reflective observations showed that students revisited their decisions and engaged in deeper analytical discussions during debriefing.

Theme 2: Emotional expression as a catalyst for learning during simulation

Students described experiencing emotions such as anxiety and uncertainty during simulation. Opportunities to express these emotions during debriefing helped them process their experiences and continue learning.

"I felt nervous during the simulation, especially when caring for the mother and baby during delivery period." (P7)

"Talking about my feelings helped me understand myself better and made me less stressed." (P9)

Observation data indicated that students openly expressed emotions, which fostered emotional awareness and facilitated the learning process.

Theme 3: Facilitator behaviors fostered a psychologically safe learning environment. Students emphasized that facilitator behaviors, such as being supportive and non-judgmental, contributed to a safe learning environment that encouraged participation.

"The instructor made me feel comfortable to speak, so I was not afraid to share my ideas." (P2)

"Even when we made mistakes, the instructor guided us to think instead of blaming us." (P5)

Reflective observations confirmed that students exhibited higher levels of engagement when facilitators encouraged open dialogue and mutual respect.

Theme 4: Simulation with structured debriefing enhanced perceived readiness for clinical practice

Students reported increased confidence and a heightened sense of preparedness for real-world clinical situations following their participation in the simulation and structured debriefing. They felt better equipped to apply their skills in actual practice.

 https://doi.org/10.64767/trcn.2026.280188

"After the debriefing, I feel more confident to handle similar situations in real practice." (P10)

"I think I can apply what I learned to real patients more effectively now." (P8)

Observation supported this, as students demonstrated improved clinical fluency and a more proactive approach during the final stages of the session**.**

Discussion

This mixed-methods study highlights the effectiveness of simulation-based learning with structured debriefing in enriching nursing students' learning experiences within the maternal and child health nursing context.

Consistent with Objective 1, the quantitative findings demonstrated that students reported scores significantly higher than the subscale midpoint across all dimensions of the Debriefing Experience Scale (DES), thereby supporting the research hypothesis.[24,25] These results may be attributed to the three-phase simulation-based learning process implemented in this study.

During the pre-briefing phase, students were oriented to learning objectives, expected roles, and psychological safety and participation, which likely enhanced their readiness for learning. During the simulation phase, students engaged in maternal–neonatal clinical scenarios that necessitated application of theoretical knowledge, assessment, decision-making, and communication skills. Subsequently, in the structured debriefing phase, facilitator-led questioning and reflective dialogue supported the analysis of actions, exploration of cognitive and emotional responses, and the integration of theory into clinical reasoning.

Together, these sequential processes contributed to the positive learning experiences observed, aligning with previous studies which report that learner preparation, active simulation engagement, and guided debriefing enhance reflection and clinical judgment.[24–27] This interpretation is further supported by the Debriefing for Meaningful Learning (DML) framework, which identifies reflective dialogue as a key mechanism for developing clinical reasoning.[12] Furthermore, existing evidence suggests that structured debriefing promotes deeper reflection, active engagement, and improved learning outcomes compared to unstructured approaches.[10,11]

In addition, students participated in three simulation scenarios, which likely facilitated progressive learning development. Repeated exposure to both simulation and debriefing enabled students to refine their clinical reasoning, bolster their confidence, and become more familiar with the learning process. This aligns with prior studies indicating that repeated simulation experiences enhance knowledge acquisition, self-confidence, and reflective learning among nursing students.[23,26,27]

Consistent with Objective 2, the qualitative findings further elucidated how structured debriefing supported students' learning processes. Four themes emerged: (1) enhanced clinical reasoning through guided reflection, (2) emotional expression, (3) facilitator support and psychological safety, and (4) increased preparedness for clinical practice. These qualitative findings align with the two dimensions of the Debriefing Experience Scale (DES).[24]

First, the 'Experience during Debriefing' dimension was reflected in themes pertaining to guided reflection, emotional expression, and facilitator support. Students' narratives demonstrated that structured debriefing created opportunities for active engagement, critical reflection on actions, and open dialogue within a supportive learning environment. Second, the 'Importance of Debriefing' dimension was manifested in students' perceived preparedness for clinical practice. Students recognized the significant value of structured debriefing in bolstering their confidence, strengthening clinical reasoning, and improving their readiness to manage real-life maternal and neonatal situations.

Furthermore, these findings highlight that the effectiveness of structured debriefing is closely linked to its underlying mechanisms. The use of structured questioning, facilitator guidance, and the establishment of a psychologically safe environment distinguishes this approach from informal debriefing methods. These elements enable students to critically reflect on their performance, process emotional experiences, and effectively integrate knowledge into practice. This is supported by previous studies emphasizing the importance of structured debriefing and psychological safety in enhancing learning outcomes and reflective practice.[10,12,21]

Overall, the integration of quantitative and qualitative findings demonstrates that structured debriefing plays a critical role in transforming simulation experiences into meaningful learning and improving students' readiness for clinical practice. These findings align with previous research demonstrating that structured debriefing enhances reflective learning, clinical reasoning, and professional confidence in nursing education.[10-13,19]

Implications of the Results

The findings of this study have significant implications for nursing education and curriculum design, particularly within maternal and child health nursing. The positive learning experiences reported by students underscore the value of integrating simulation-based learning with structured debriefing that aligns with international standards and is underpinned by the DML approach. Nursing programs should consider adopting standardized simulation frameworks that emphasize learner analysis, scenario development, instructor preparation, and psychological safety to ensure consistency and quality across all simulation activities. Embedding structured debriefing as a core instructional component rather than an optional

activity may enhance students' reflective thinking, emotional processing, and clinical reasoning, all of which are essential competencies for clinical practice.

From a faculty development and institutional perspective, these results highlight the necessity of investing in instructor training for effective debriefing facilitation. Educators require specific competencies in guided dialogue, reflective questioning, and the creation of psychologically safe learning environments to maximize the educational impact of simulation.[19]

Limitations

This study has several limitations. First, it was conducted with a relatively small sample size from a single institution, which restricts the generalizability of the findings to broader nursing student populations. Second, the reliance on self-reported measures may not fully reflect actual improvements in students' objective clinical performance. Third, variations in participants' prior simulation experience in maternal and child health nursing were not controlled for, which may have confounded the learning outcomes.

Recommendations

Structured debriefing should be integrated into maternal and child health nursing curricula as a primary instructional strategy to enhance reflective learning, clinical reasoning, and perceived readiness for clinical practice. Future research should incorporate objective performance assessments and longitudinal designs to evaluate the long-term impact and sustainability of learning outcomes associated with structured debriefing.

Conclusion

This study contributes to the growing body of evidence supporting the role of facilitator-led structured debriefing in simulation-based nursing education, specifically within maternal and child health practice. The findings demonstrate that nursing students perceive simulation combined with structured debriefing guided by trained instructors and aligned with international standards and DML principles as a meaningful learning experience that fosters reflective thinking, emotional processing, and clinical readiness. By integrating quantitative and qualitative data, this study underscores the value of instructor guided structured debriefing as a critical pedagogical strategy for enhancing learning outcomes in nursing education.

References

1. Daneshfar M, Moonaghi HK. The impact of clinical simulation on bridging the theory-practice gap in nursing education: a systematic review. BMC Med Educ 2025;25:1216. doi: 10.1186/s12909-025-07790-8.
2. Yucel C, Hawley G, Terzioglu F, Bogossian F. The effectiveness of simulation-based team training in obstetric emergencies for improving technical skills: a systematic review. Simul Healthc 2020;15(2):98-105. doi: 10.1097/SIH.0000000000000416.
3. Chubkhuntod P, Thasanoh EP, Gaewgoontol N, Potchana R. Effects of simulation-based learning model on knowledge, self-efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. Journal of Health Scicence 2020;29(6):1062-72. (in Thai)
4. Sirilukkananan K, Kruachottikul S, Poomsrikaew S. Teaching development with SIM-MOM simulation in maternal and child nursing and midwifery practicum II student nurses of Saint Louis College. NU Journal of Nursing and Health Sciences 2022;16(3):174-85. (in Thai)
5. Nuampa S, Ratinthorn A, Tangsuksan P, Chalermpichai T, Kuesakul K, Ruchob R, et al. Factors influencing critical thinking in simulation-based maternal-child nursing education among undergraduate nursing students: a mixed methods study. BMC Nurs 2025;24(1):389. doi: 10.1186/s12912-025-03016-w.
6. Pangzup S, Sirithepmontree S, Tangsuksan P, Subsomboon K, Ratinthorn A. Factors influencing nursing students' learning outcomes in maternal-newborn care through simulation-based learning. Nurs Sci J Thail 2024;42(1):95-110.
7. Boucetta N, El Alaoui M. Clinical simulation training for the adequate management of obstetric emergencies: a narrative review. Medwave 2023;23(10):e2712. doi: 10.5867/medwave.2023.10.2712.
8. Arda D, Ishak I. Effectiveness of simulation learning methods on improving the clinical skills of nursing students in midwifery care. Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan 2025;3(3):123-31. doi: 10.61099/junedik.v3i3.149.
9. Dreifuerst KT. The essentials of debriefing in simulation learning: a concept analysis. Nurs Educ Perspect 2009;30(2):109-14.
10. Niu Y, Liu T, Li K, Sun M, Wang X. Effectiveness of simulation debriefing methods in nursing education: a systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today 2021;107:105113. doi: 10.1016/j.nedt.2021.105113.
11. Fegran L, Ten Ham-Baloyi W, Fossum M, Hovland OJ, Naidoo JR, van Rooyen DRM, et al. Simulation debriefing as part of simulation for clinical teaching and learning in nursing education: a scoping review. Nurs Open 2023;10(3):1217-33. doi:10.1002/nop2.1426.

12. Dreifuerst KT. Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. J Nurs Educ 2012;51(6):326-33. doi: 10.3928/01484834-20120409-02.
13. Vreugdenhil J, Broeksma L, Teuwen C, Custers E, Reinders M, Dobber J, Kusurkar RA. Debriefing to nurture clinical reasoning in nursing students: a design-based research study. Nurse Educ Today 2024;143:106402. doi: 10.1016/j.nedt.2024.106402.
14. Oliveira SN, Martini JG, Caravaca-Morera JA, Prado ML, Canever BP, Bortolato-Major C, et al. Debriefing, a dialogical space for the development of reflective thinking in nursing. Rev Gaucha Enferm 2024;45:e20230041. doi: 10.1590/1983-1447.2024.20230041.en.
15. Sinthuchai S, Boonsin S, Arayathanitkul B. Debriefing: a crucial component in simulation-based learning. NJPH 2023;33(1):1-13. (in Thai)
16. Boonmak P, Suraseranivongse S, Pattaravit N, Boonmak S, Jirativanont T, Lertbunnaphong T, et al. Simulation-based medical education in Thailand: a cross-sectional online national survey. BMC Med Educ 2022;22(1):298. doi: 10.1186/s12909-022-03369-9.
17. Eaksamai S, Siriwan T. Debriefing in simulation-based learning in nursing education. JPNHS 2024;16(2):500-13. (in Thai)
18. Glennie L. Undergraduate nursing students' perceptions of debriefing sessions in simulation-based learning: a systematic review. Teach Learn Nurs 2025;20(3):e907-14. doi: 10.1016/j.teln.2025.03.018.
19. Cambridge P, Brockenshire N, Bridge N, Jarden RJ. Entry to practice nursing students' experiences of debriefing during clinical practice: a qualitative meta-synthesis. Nurse Educ Today 2023;128:105871. doi: 10.1016/j.nedt.2023.105871.
20. INACSL Standards Committee, Persico L, Wilson-Keates B, DiGregorio H, Decker S, Xavier N. Preamble: grounded in excellence: The Cornerstone Healthcare Simulation Standards of Best Practice®. Clin Simul Nurs 2025;105:101774. doi: 10.1016/j.ecns.2025.101774.
21. Kolbe M, Eppich W, Rudolph J, Meguerdichian M, Catena H, Cripps A, et al. Managing psychological safety in debriefings: a dynamic balancing act. BMJ Simul Technol Enhanc Learn 2020;6(3):164-71. doi: 10.1136/bmjstel-2019-000470.
22. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. Nurs Educ Perspect 2005;26(2):96-103.
23. Alharbi A, Nurfianti A, Mullen RF, McClure JD, Miller WH. The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: a systematic review. BMC Med Educ 2024;24(1):1099. doi: 10.1186/s12909-024-06080-z.
24. Reed SJ. Debriefing Experience Scale: development of a tool to evaluate the student learning experience in debriefing. Clin Simul Nurs 2012;8(6):e211-17. doi: 10.1016/j.ecns.2011.11.002.

25. Ahn JA, Kim KA, Reed SJ. Psychometric validation of the Korean version of the debriefing experience scale. Clin Simul Nurs 2025;98:101664. doi:10.1016/j.ecns.2024.101664.
26. Alrashidi N, Pasayan E, Alrashedi MS, Alqarni AS, Gonzales F, Bassuni EM, et al. Effects of simulation in improving the self-confidence of student nurses in clinical practice: a systematic review. BMC Med Educ 2023;23(1):815. doi: 10.1186/s12909-023-04793-1.
27. Gou CX, Shan L, Luo S, Hu Y, Liu H, Liu YH, et al. Effectiveness of disaster-chain scenario simulation in disaster nursing education: a three-arm randomized controlled mixed-methods trial. Nurse Educ Today 2026;161:107009. doi: 10.1016/j.nedt.2026.107009.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผสมผสานกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8

Development of a Health Behavior Promotion Model Integrating Primary Health Care Networks and Community Participation for Individuals at Risk of Hypertension in Health Region 8

เนื้อทิพย์ หมู่มาก* ธนิสา อนุญาหงษ์ กิตติยา พิมพาเรือ*****
Nuetip Moomak* Tanisa Anuyahong Kittiya Pimparua*****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานเชิงลำดับพร้อมกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 และ 2) เปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน

Received: October 7, 2025 Revised: April 15, 2026 Accepted: April 20, 2026

* Corresponding author, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี ประเทศไทย 41000. E-mail: yaya_moo@yahoo.com

* Corresponding author, Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, The Office of Disease Prevention and Control Region 8, Udon Thani, Thailand 41000. E-mail: yaya_moo@yahoo.com

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ประเทศไทย 41000.
E-mail: Tanisa.anuyahong@gmail.com

** Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 8, Udon Thani, Thailand 41000. E-mail: Tanisa.anuyahong@gmail.com

*** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานี ประเทศไทย 41000.
E-mail: kittiya_pim@kkumail.com

*** Public Health Technical Officer, Senior Level, The Office of Disease Prevention and Control Region 8, Udon Thani, Thailand 41000. Email: kittiya_pim@kkumail.com

กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 276 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 70 คน ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข 35 คน และเครือข่ายในชุมชน 35 คน โดยการศึกษาแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา และบริบทของพื้นที่ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองใช้ 4) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และ Salt meter วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม “มงกุฎอีสาน 4P โมเดล” ได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (partnership) การพัฒนาศักยภาพคน (people) กระบวนการดำเนินงานเชิงระบบ (process) ด้วยการ “ค้นหา-ปรับเปลี่ยน-ติดตาม” อย่างเป็นระบบ และการจัดการสิ่งแวดล้อมและนวัตกรรม (place) ด้วยการสร้าง “พื้นที่ลดเค็ม” กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและจัดการความเครียด การลดการดื่มแอลกอฮอล์ และการลดการสูบบุหรี่ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เสนอแนะว่ารูปแบบมงกุฎอีสาน 4P โมเดล ควรนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์สัมฤทธิ์ผล ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบ

Abstract

This sequential mixed-methods quasi-experimental study aimed 1) to describe the development of a health behavior promotion model involving the participation of primary care networks and the community for individuals at risk of hypertension in Health Region 8, and 2) to compare the health outcomes of a group at risk of hypertension before and after receiving a health behavior promotion program integrated with the participation of the primary healthcare network and the community.

The sample consisted of 276 individuals at risk of hypertension, and key informants included 70 individuals, comprising 35 public health personnel and 35 community network members. The study was conducted in four phases: 1) situational and contextual analysis, 2) model development, 3) model implementation, and 4) outcome evaluation. Research instruments included questionnaires, interview guides, focus group discussions, and a salt meter. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results showed that after the implementation of the "MONGKUTESAN 4P Model," the sample group exhibited statistically significant positive reductions ($p < 0.05$) in health measurements, including blood pressure, body mass index (BMI), and waist circumference. The model consists of: partnership (building collaborative networks), people (human capacity development), process (a systematic "screening-adjusting-following up" workflow), and place

(environmental management and innovation through the creation of "low-salt areas"). Furthermore, mean scores for overall health behaviors and their specific domains, namely diet control, exercise, rest and stress management, reduction of alcohol consumption, and smoking cessation, showed statistically significant improvement ($p < 0.05$). The findings suggest that the MONGKUTESAN 4P Model should be applied to populations at risk of hypertension to achieve positive outcomes, such as reductions in blood pressure, body mass index, and waist circumference.

Keywords: high risk group of hypertensions, health behavior, community participation, model

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข เนื่องจากมักไม่แสดงอาการและสามารถดำเนินโรคโดยไม่ถูกตรวจพบ จัดเป็น “ภัยเงียบ” ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลกหากไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้ ภาวะความดันโลหิตสูงอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี 2024 ทั่วโลกจะมีประชากรอายุระหว่าง 30-79 ปี จำนวน 1.4 พันล้านคนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 33 ของประชากรในช่วงอายุนี้[1] สำหรับประเทศไทย จากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2563-2567 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 1,032.91, 1,132.91, 1,165.79, 1,247.34 และ 1,362.03 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2563-2567 มีการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พบอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1,035.83, 1,103.94, 1,126.14, 1,096.58 และ 1,206.60 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ค่อนข้างสูงถึง ร้อยละ 4.20 นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (มีค่าความดันโลหิตตัวบน ≥ 130 ถึง < 140 mmHg หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างมีค่า ≥ 80 ถึง < 90 mmHg) ร้อยละ 6.50 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและพบผู้ป่วยเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ 4.75[2]

เขตสุขภาพที่ 8 เป็นหนึ่งในเขตสุขภาพภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เป็นวาระเร่งด่วนในการดำเนินงาน ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)[3] มุ่งเน้นและการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การลดปัจจัยเสี่ยง ลดการบริโภคเค็มของประชาชนผ่านมาตรการด้านการสื่อสารการเฝ้าระวัง และดำเนินงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม จากการนิเทศงานและทบทวนวรรณกรรม พบว่า การดำเนินงานของหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังเน้นการคัดกรองและการรักษา มากกว่าการลดปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุก[4, 5]

ผลลัพธ์ทางคลินิกในปี พ.ศ. 2567 เป็นปัญหาในระบบสุขภาพ จากการสำรวจ พบประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 45.22 ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 43.73 ส่วนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบร้อยละ 36.94 ถึงแม้มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมการลดเค็ม เพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะไตเรื้อรังรายใหม่ แต่พบว่ายังไม่ครอบคลุมพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 8 นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการต้องอาศัยระยะเวลา ความตระหนักของตัวบุคคลเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน[6]

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การปฏิบัติตนที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การบริโภคอาหารตามหลักโภชนบำบัด เช่น การจำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน การเพิ่มการบริโภคโพแทสเซียมจากผักและผลไม้ การลดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอล โดยเฉพาะในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังรวมถึงการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การรักษาน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการความเครียด และการติดตามตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ[7, 8] อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารโซเดียมสูงและการขาดกิจกรรมทางกาย เป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งมีรายงานว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางถึงต่ำ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่เหมาะสมหลายด้าน เช่น การบริโภคเค็มและอาหารโซเดียมสูง การไม่ควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และการไม่ติดตามสัญญาณเตือนสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สาเหตุสำคัญมาจากความรู้ที่ไม่เพียงพอ การรับรู้ความเสี่ยงต่ำ การขาดแรงจูงใจในการป้องกันตนเอง ทัศนคติ การตระหนักต่อความเสี่ยงน้อย ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy) ต่ำ ซึ่งล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงในภาพรวม[9]

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมักเป็นการดำเนินกิจกรรมแบบกึ่งทดลองและระยะสั้น[10] นอกจากนี้ แม้จะมีงานที่พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการจัดการความรู้สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังขาดการบูรณาการเชิงระบบกับบริบทของบริการปฐมภูมิและชุมชน[11] ซึ่งเป็นช่องว่างสำคัญของงานวิจัยไทยในด้านนี้ ปัจจัยเชิงบริบทและองค์ประกอบทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อยังถูกรายงานว่า มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมต้องอาศัยกลไกที่เชื่อมโยงระหว่างบุคคล ระบบบริการ และชุมชนร่วมกัน[12] ขณะเดียวกัน ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (motivation prevention theory)[13] อธิบายว่าการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงความเชื่อมั่นในความสามารถและประสิทธิผลของการปฏิบัติตน

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 โดยบูรณาการทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพิ่มประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่ความยั่งยืนของการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ภายใต้การออกแบบการวิจัยแบบผสมผสานเชิงลำดับ (sequential mixed methods) การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน การวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของรูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน และความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน โดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนารูปแบบขั้นตอนที่ 2) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนารูปแบบที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เป็นกรอบในการอธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ (participatory approach) เช่น การประชุมกลุ่มสนทนา (focus group) และ นำไปสู่งานวิจัยเชิงปริมาณ คือ ขั้นตอนที่ 3) ทดลองใช้ ผ่านกระบวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน และ ขั้นตอนที่ 4) ประเมินผลผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมสุขภาพ

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 ควรเป็นอย่างไร
2. ผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8 เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน มีผลลัพธ์ทางคลินิกแตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงลำดับ (sequential mixed methods) ชนิดสำรวจแบบลำดับขั้น (exploratory sequential design) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ (พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิก) แบบ One-group pretest–posttest ในพื้นที่ดำเนินโครงการลดเค็ม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการเกิดภาวะไตเรื้อรังรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 8 จังหวัดละ 1 แห่ง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2568 รวม 6 เดือน

1. ผู้ให้ข้อมูลและประชากร

1.1 ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในปัจจุบัน และความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 7 แห่ง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) รวม 35 คน แต่ละแห่งประกอบด้วย บุคลากรจาก รพ.สต. 2 คน สสอ. 1 คน และรพช. 2 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ มีประสบการณ์ทำงานด้านโรคไม่ติดต่อ ไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) กลุ่มเครือข่ายชุมชน รวม 35 คน แต่ละแห่งประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 1 คน ผู้นำชุมชน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน (รวม 5 คนต่อแห่ง) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ มีบทบาทสำคัญในชุมชนและอาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านต้องยินดีให้ข้อมูลตลอดโครงการ

1.2 ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการลดเค็มฯ ของเขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 881 คน มีเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิต ระหว่าง ≥130/85-139/89 มิลลิเมตรปรอท หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่มีโรคร้ายแรง สื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วม ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีโรคหัวใจ หรือไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งได้จากการวัดความเค็มในอาหารด้วย salt meter ที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการลดเค็มฯ เขตสุขภาพที่ 8

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane[14, 15] ซึ่งกำหนดเป็นระดับความเชื่อมั่น เป็น 95% โดยมีวิธีการคำนวณจากสูตร และได้กลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวนทั้งสิ้น 276 คน

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{881}{1 + 881(0.05)^2}$$

$$n = 275.10$$

 https://doi.org/10.64767/trcn.2026.278147

วิธีสุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยง ใช้การสุ่มอย่างง่าย ตามสัดส่วนของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ดำเนินโครงการลดเค็มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการเกิดภาวะไตเรื้อรังรายใหม่ จากพื้นที่การศึกษา 7 แห่ง จาก 7 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง 276 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเทียบสัดส่วน (proportional sampling) ตามขนาดประชากร เพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 276 คน จากประชากรทั้งหมด 881 คน คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 31.3

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือสำหรับวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาของรูปแบบการทำงานเดิม ปัญหา 2) แบบสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ

2.2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ส่วนสูง (เซนติเมตร) น้ำหนัก (กิโลกรัม) เส้นรอบเอว (เซนติเมตร) และค่าความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 คะแนนปฏิบัติบ่อยครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ = 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนกลับกัน

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านชุมชน ด้านการวิจัย และด้านการพยาบาลชุมชน ค่า (IOC = 0.79) และหาค่าความเชื่อมั่นจากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80

3. ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน และความต้องการของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน ดำเนินการพัฒนารูปแบบและนำไปปฏิบัติจริง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ด้วยแนวทางคำถาม ได้แก่ 1) แนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

และความคาดหวัง 2) บทบาทและการมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน และ 3) สภาพแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน เพื่อยืนยันประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์จากระยะที่ 1 และร่วมกันร่างองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 โดยมีกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ประกอบด้วย การประเมินและคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคล กิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยสร้างการรับรู้ (ความรุนแรง โอกาสเสี่ยง) และความคาดหวัง (ความสามารถ ประสิทธิผล) การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการสนับสนุนทางสังคมในชุมชน โดยมีการติดตามระหว่างดำเนินกิจกรรม ทีมวิจัยบันทึกข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านสมุดบันทึกสุขภาพส่วนบุคคลควบคู่กันไป

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิก และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 วิจัยเชิงคุณภาพ

4.1.1 ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อนัดหมายผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์ดำเนินการแบบตัวต่อตัว ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศ และแนะนำตนเองเพื่อสร้างความเป็นกันเอง และสัมภาษณ์ด้วยคำถามแบบเจาะลึก ใช้เวลาสัมภาษณ์ 45-60 นาทีต่อคน จากนั้นผู้วิจัยสรุปข้อมูล และนัดหมายคืนข้อมูลในกิจกรรมสนทนากลุ่มต่อไป

4.1.2 ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10-15 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย เครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มเครือข่ายชุมชน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการสนทนากลุ่ม ประมาณ 120 นาที โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และกติกาในการสนทนากลุ่ม เป็นผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) และมีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกและสังเกตพฤติกรรม

4.2 วิจัยเชิงปริมาณ

4.2.1 ก่อนทดลองรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน

1) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน (base line) ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก บันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนักส่วนสูง และเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยเก็บข้อมูล ก่อนดำเนินกิจกรรม การวัดความดันโลหิตใช้เครื่องวัดที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน โดยให้ผู้รับการวัดนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนทำการวัดซ้ำ 2 ครั้ง และบันทึกค่าเฉลี่ยที่ได้

4.2.2 ภายหลังทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน

1) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้ เดือนที่ 6 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2) เก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก บันทึกค่าความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว ของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูล หลังดำเนินกิจกรรม การวัดความดันโลหิตใช้เครื่องวัดที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐาน โดยให้ผู้รับการวัดนั่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนทำการวัดซ้ำ 2 ครั้ง และบันทึกค่าเฉลี่ยที่ได้

ทั้งนี้ ทีมวิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้งหลังการเก็บรวบรวมและบันทึกสาเหตุกรณีที่กลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (drop out) เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) ถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อความกับไฟล์บันทึกเสียง ทบทวนซ้ำเพื่อทำความเข้าใจบริบทและภาพรวมของข้อมูล

2) จัดระเบียบและสร้างรหัส (coding) ผู้วิจัยอ่านบทถอดความอย่างเป็นระบบ บรรทัดต่อบรรทัด เพื่อระบุหน่วยความหมาย (meaning units) ที่เกี่ยวข้องกับคำถามวิจัย จากนั้นทำการให้รหัสเบื้องต้น (open coding) โดยจดบันทึกคำหรือวลีสำคัญข้างเคียงข้อความ แล้วจึงจัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายคล้ายคลึงกันเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ย่อย (subcategories) และหมวดหมู่หลัก (categories) พร้อมทั้งจัดทำตารางสรุปเปรียบเทียบประเด็นที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

3) ตีความและสังเคราะห์เป็นธีม (themes) วิเคราะห์รหัสและหมวดหมู่ที่ได้เพื่อค้นหารูปแบบ (patterns) แนวคิดหลัก และหัวข้อที่เกิดซ้ำในข้อมูลเชิงบรรยาย เชื่อมโยงกับคำถามวิจัยเกี่ยวกับ “ปัญหาอุปสรรค และรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง” จากนั้นสังเคราะห์เป็นธีม และอภิปรายความหมายเชิงลึกของธีมในบริบทของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน

4) การสังเคราะห์เพื่อพัฒนาร่างรูปแบบ โดยนำธีมและประเด็นหลักที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม มาจัดหมวดหมู่เป็นองค์ประกอบสำคัญของร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

5.2 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ดำเนินการ ดังนี้ 1) ด้านข้อมูล (data triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น บุคลากรสาธารณสุข เครือข่ายในชุมชน และกลุ่มเสี่ยง 2) ด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) ให้ผู้วิจัยร่วมกันอ่านเนื้อหาที่ถอดเทป และวิเคราะห์ข้อมูลชุดเดียวกัน 3) ด้านวิธีการ (methodological triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลทางคลินิก (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยข้อมูลทางคลินิกก่อนและภายหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กรมอนามัย เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2568 รหัสโครงการวิจัย HPC080221 โดยผู้วิจัยแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้แก่ ผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ก่อนลงนามในเอกสารขอความยินยอม อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังสิ้นสุดการวิจัยภายในระยะเวลา 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 35 คน และเครือข่ายในชุมชน จำนวน 35 คน รวมทั้งหมด 70 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-55 ปี ร้อยละ 20.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.4 มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 68.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 51.4 มีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 54.3

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งหมด 276 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 56-60 ปี ร้อยละ 25.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 มีสถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 80.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.6 มีรายได้อยู่ในช่วง 4,001-6,000 บาท/เดือน ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย = 25.58 กก./ม.^{2} (S.D. = 4.27) ค่าเฉลี่ยรอบเอว = 86.08 เซนติเมตร (S.D. = 9.87) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ตัวบน = 128 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 14.49) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ตัวล่าง = 79 มิลลิเมตรปรอท (S.D. = 8.68)

2. สถานการณ์ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 70 คน (บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 35 คน และเครือข่ายชุมชน จำนวน 35 คน) พบปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตสุขภาพที่ 8 ดังนี้

Theme 1 ความท้าทายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ประชาชนที่ประกอบอาชีพค้าขายส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูป และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลค่อนข้างยาก เนื่องจากความเคยชินและความเชื่อว่าจะกระทบต่อการดำเนินชีวิต ในช่วงแรกประชาชนให้ความร่วมมือน้อย เนื่องจากมองว่าเป็นการจับผิดและกังวลว่าจะส่งผลต่อการประกอบอาชีพ แต่หลังมีการประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักแล้วจึงเกิดความร่วมมือมากขึ้น

"ตอนแรก ๆ ร้านค้าร้านขายเขาไม่ค่อยให้ความร่วมมือเลย กลัวว่าเราจะมาจับผิด บางคนก็กลัวเสียลูกค้า เขาบอกว่าถ้าต้องเปลี่ยนอะไรมากมายก็กลัวว่าจะขายของไม่ได้ แต่พอเราไปประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจ บอกว่ามาช่วยดูแลสุขภาพจริง ๆ คนก็ค่อย ๆ ให้ความร่วมมือมากขึ้น...แต่ก็ยังยากอยู่ดีนะ" (keyID7, สัมภาษณ์เชิงลึก, พฤษภาคม 2568)

Theme 2 ข้อจำกัดด้านทักษะและขีดความสามารถของบุคลากร บุคลากรสาธารณสุขยังขาดทักษะการเป็นผู้สอนแนะ (Coach) ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีภาระงานมากทำให้การติดตามกลุ่มเสี่ยงไม่ทั่วถึง การสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายมีน้อยเนื่องจากกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและไม่มีเวลา

"บุคลากรเราก็ยังไม่ค่อยมีทักษะในการเป็น coach ที่จะช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมคนไข้ได้จริง ๆ แล้วก็งานเยอะมาก ทำให้ติดตามกลุ่มเสี่ยงไม่ทั่วถึง" (keyID39, สัมภาษณ์เชิงลึก, พฤษภาคม 2568)

Theme 3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรมีจำกัด ด้วยทรัพยากรด้านต่าง ๆ ได้แก่ งบประมาณสนับสนุนจากโรงพยาบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลน้อย ประกอบกับแผนงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อยังไม่ชัดเจน และอุปกรณ์ในการดำเนินงานไม่เพียงพอ

"งบประมาณน้อย ต้องทำเรื่องที่สำคัญเร่งด่วนก่อน แต่บางปีก็มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายบ้าง แต่โครงการสำหรับลดเค็ม หรือลดเบาหวานความดันโดยตรงยังไม่มีชัดเจน" (keyID5, สัมภาษณ์เชิงลึก, พฤษภาคม 2568)

Theme 4 ดำเนินงานและติดตามไม่ต่อเนื่อง การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเพียงการอบรมให้ความรู้แบบโครงการระยะสั้น ไม่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนกลับมามีพฤติกรรมเดิม

"การดำเนินโครงการที่ผ่านมาเราก็ทำ แต่เป็นแบบอบรมให้ความรู้ อาจจะยังไม่มีติดตามผลของโครงการอย่างต่อเนื่อง เป็นโครงการระยะสั้น ๆ พอจบโครงการ ชาวบ้านก็กลับมาทำแบบเดิม" (keyID14, สัมภาษณ์เชิงลึก, พฤษภาคม 2568)

3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8

จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 70 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และการนำเสนอข้อคิดเห็น สำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้

1) การเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายเพื่อสร้างกลไกการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งชุมชน องค์กรท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัว ซึ่งการรวมพลังดังกล่าวช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ทรัพยากรได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ประชาชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ การจัดตั้งโครงสร้างพื้นฐานชุมชน เช่น สถานีสุขภาพ ชมรมสุขภาพ และกิจกรรม "ครอบครัวสุขภาพดี" ช่วยเพิ่มความสามารถของชุมชนในการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างยั่งยืน

2) การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การอบรมทักษะด้านการลดโซเดียม การอ่านฉลากโภชนาการ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การจัดการความเครียด และการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถ “เข้าใจและตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรม” ได้ดีขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ประสบความสำเร็จ การใช้สื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย และการเสริมทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนเกิดแรงจูงใจและมองเห็นประโยชน์จากการปรับพฤติกรรม

3) นโยบายชุมชน เทคโนโลยี และระบบติดตามที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดข้อตกลงลดเค็ม การรณรงค์ร้านอาหารลดโซเดียม การสร้างพื้นที่ออกกำลังกาย และการรณรงค์งานบุญปลอดเหล้า-บุหรี่ นอกจากนี้ การใช้ Salt Meter การจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อการสื่อสาร (LINE Group) เพื่อให้คำปรึกษาและติดตามอาการ รวมถึงการสะท้อนผลและถอดบทเรียนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การดำเนินงานมีความชัดเจน ปรับตัวได้เร็ว และเกิดผลกระทบเชิงบวกในวงกว้าง การสร้างแรงจูงใจผ่านรางวัล “คนต้นแบบ” และ “ชุมชนต้นแบบ” ยังช่วยขยายผลการปรับพฤติกรรมให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าว นำไปสู่การพัฒนา “มงกุฎอีสาน 4P โมเดล” (MONGKUTESAN 4P model) ซึ่งการดำเนินงานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (partnership) โดยการผนึกกำลัง เครือข่าย 3 ประสาน ได้แก่ ภาครัฐ ภาคการศึกษา และภาคประชาชน พร้อมทั้งดึงผู้นำทางความคิดในชุมชน เช่น พระสงฆ์หรือผู้นำท้องถิ่น มาเป็นต้นแบบเพื่อสร้างการยอมรับและขับเคลื่อนนโยบายลดเค็มให้เป็นวาระของพื้นที่ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการรับรู้และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนาศักยภาพคน (people) สร้างการรับรู้และแรงจูงใจ การสร้าง “นักรบโซเดียม” ในชุมชน โดยการอบรม อสม. ให้มีทักษะการใช้เครื่องตรวจวัดความเค็ม ให้ความรู้เชิงปฏิบัติ ไม่ใช่แค่การบรรยาย จัดกิจกรรมอบรมกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นการลงมือทำ เช่น สอนการอ่านฉลากโภชนาการ ฝึกชิมอาหารรสจืดเพื่อเปรียบเทียบ และสาธิตการตวงเครื่องปรุง “ชิมก่อนปรุง ตวงก่อนใส่” รวมถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผ่านการสะท้อนข้อมูลรายบุคคล โดยนำผลตรวจความเค็มในอาหารมาพูดคุยและให้มีบุคคลต้นแบบมาแลกเปลี่ยน เพื่อเสริมสร้าง 1) ความตระหนักรู้เฉพาะบุคคล 2) การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมโซเดียม นอกจากนี้ยังมีการสำรวจครัวเรือน ชวนตรวจสอบเครื่องปรุงในครัวของตนเอง ให้เห็นแหล่งโซเดียมที่ใกล้ตัวที่สุด เพื่อเสริมสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับครัวเรือนอย่างยั่งยืน

3. กระบวนการดำเนินงานเชิงระบบ (process) การใช้กระบวนการ “ค้นหา-ปรับเปลี่ยน-ติดตาม” อย่างเป็นระบบ เริ่มจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ไม่รอให้ป่วย แต่ลงพื้นที่ร่วมกับ อสม. เพื่อคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงเข้าสู่โปรแกรม ติดตามผลต่อเนื่องนาน 1-3-6 เดือน และใช้ช่องทางดิจิทัลอย่าง LINE Group และสถานีสุขภาพชุมชน เพื่อสื่อสารข้อมูลและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างรวดเร็ว

4. การจัดการสิ่งแวดล้อมและนวัตกรรม (place) การสร้าง “พื้นที่ลดเค็ม” โดยส่งเสริม “ร้านค้าเค็มน้อย อร่อยดี” ทำงานร่วมกับร้านอาหารและร้านค้าในชุมชน ติดป้ายสัญลักษณ์ให้ผู้บริโภคได้รับรู้และเลือกซื้อได้ง่ายในชุมชน การพัฒนานวัตกรรมท้องถิ่นอย่าง “น้ำปลาร้า สูตรลดโซเดียม” และการใช้สื่อรณรงค์ในท้องถิ่นเพื่อสร้างกระแสสังคมให้การลดเค็มเป็นเรื่องที่เข้าถึงง่ายและน่าสนใจสำหรับทุกคน

4. ผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 8

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยรวม ค่าเฉลี่ยก่อนได้รับรูปแบบฯ เท่ากับ 2.92 (S.D. = 0.37) และภายหลัง เท่ากับ 3.23 (S.D. = 0.32) และพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและภายหลัง ได้รับรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน (n = 276)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา Mean (S.D.)	t	*p*-value
1.ด้านการควบคุมอาหาร	2.88 (0.44)	3.10 (0.27)	7.03	<0.001*
2.ด้านการออกกำลังกาย	2.05 (0.68)	2.91 (0.82)	14.03	<0.001*
3.ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด	3.09 (0.60)	3.27 (0.63)	3.55	<0.001*
4.ด้านลดการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.39 (0.88)	3.67 (0.59)	4.47	<0.001*
5.ด้านลดการสูบบุหรี่	3.69 (0.87)	3.88 (0.49)	3.07	0.002*
รวม	**2.92 (0.37)**	**3.23 (0.32)**	**11.06**	**<0.001***

*$p < 0.05$

การเปรียบเทียบข้อมูลผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ดัชนีมวลกาย และ รอบเอว พบว่า ค่าที่วัดได้ทั้ง 4 ตัวแปร ก่อนและภายหลังใช้รูปแบบฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและภายหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน (n = 276)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา Mean (S.D.)	t	*p*-value
ระดับความดันโลหิต ตัวบน (mmHg)	127.56 (14.49)	121.31 (10.36)	-5.87	<0.001*
ระดับความดันโลหิต ตัวล่าง (mmHg)	79.16 (8.68)	75.07 (9.01)	-5.32	<0.001*
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)	25.58 (4.27)	24.41 (3.88)	-3.27	0.001*
รอบเอว (cm.)	86.08 (9.87)	81.94 (7.56)	-5.57	<0.001*

*$p < 0.05$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้อ้างอิงตามวัตถุประสงค์ 1) เพื่ออธิบายการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในครั้งนี้ นำไปสู่การเกิด “มงกุฎอีสาน 4P โมเดล” ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (partnership) การพัฒนาศักยภาพคน สร้างการรับรู้และแรงจูงใจ (people) กระบวนการดำเนินงานเชิงระบบ (process) ค้นหา-ปรับเปลี่ยน-ติดตาม และการจัดการสิ่งแวดล้อมและนวัตกรรม (place) โดยแต่ละองค์ประกอบมีบทบาทสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น อภิปรายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชนอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเชิงระบบที่เน้นการเสริมพลังชุมชนและการจัดการปัจจัยแวดล้อมควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคล คือ แนวคิดระบบนิเวศน์วิทยา (sociological system) กล่าวคือ การสนับสนุนผ่านนโยบายชุมชน เทคโนโลยี และระบบติดตามอย่างต่อเนื่องยังช่วยเสริมแรงจูงใจและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและขยายผลสู่ระดับชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมการเสริมพลังชุมชนและเครือข่าย จนเกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนซึ่งเป็นกลไกสำคัญ และช่วยให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ขณะเดียวกันกระบวนการของโปรแกรมมีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิภา อินทนิล[4] ซึ่งพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง (BUAHUNG Model) ซึ่งพบว่า การดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน (build trust and collaborative culture) 2) มีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน (unity) 3) ผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ (acceptable) 4) สุขภาพดี ไม่มีโรคภัย (healthy) 5) ปรับปรุงกระบวนการให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อระบบออนไลน์ (update) 6) การแจ้งเตือนโดยใช้กลไก 3 หมอ (notice) และ7) ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน (get thing done) และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ ประคองสิน และสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[16] ที่พัฒนา 2SPHTWE Model ประกอบด้วย Self-awareness, Participation & Communication, Service System, Health Promoting, Environment, Wellness club และ Evaluation & Empowerment โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นแกนหลักเช่นเดียวกัน ทั้งในเชิงกระบวนการและองค์ประกอบของรูปแบบ กล่าวคือ องค์ประกอบ People สอดคล้องกับ Self-awareness และ Empowerment องค์ประกอบ Process สอดคล้องกับ Service System, Health Promoting และ Evaluation ขณะที่

องค์ประกอบ Place สอดคล้องกับ Environment และ Wellness Club ยืนยันว่าการพัฒนารูปแบบที่มีประสิทธิผลต้องบูรณาการทั้งมิติเครือข่าย การเสริมพลังบุคคล ระบบบริการ และสภาพแวดล้อมไปพร้อมกัน

2. เปรียบเทียบผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมก่อนและภายหลังการใช้โปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดได้ในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สะท้อนผลของกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นภายหลังการทดลอง อภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับกระบวนการ 4P จึงทำให้เกิดความตระหนักต่อความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้เกิดความตั้งใจและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การบริโภคและการออกกำลังกาย ซึ่งเมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่องจึงนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิกที่วัดได้อย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา อินทนิล[4] ที่พบว่า ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง (BUAHUNG Model) และการศึกษาของ กิตติศักดิ์ ประคองสิน และสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์[16] พบว่า ภายหลังการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 รวมถึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ศิริเนตร สุขดี[17] ที่พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบความสำเร็จนี้สะท้อนถึงความสำคัญของแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ยั่งยืน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ บุญเลิศ จันทร์หอม[18] ที่พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิผล

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและภายหลัง ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนภายนอก (confounding factors) ได้อย่างสมบูรณ์ เช่น ข่าวสารสุขภาพจากช่องทางอื่นในช่วงเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตได้

2. เนื่องจากระยะเวลาในการติดตามผลหลังสิ้นสุดโครงการมีระยะเวลาสั้น อาจยังไม่สามารถยืนยันผลการวิจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาวได้ จำเป็นต้องมีการติดตามผลในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี

สรุปผล

ผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิและชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (MONGKUTESAN 4P Model) ซึ่งพัฒนาบนฐานของการผสมผสานระหว่างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค สามารถเสริมสร้างการรับรู้ด้านความเสี่ยง ความรุนแรง ความสามารถของตนเอง และประสิทธิผลของการปฏิบัติ ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่วัดได้จริง ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมอบหมายให้เจ้าหน้าที่และพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตามต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างซึ่งยังมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งไม่สัมฤทธิ์ผล หรือยังอยู่ในระดับผิดปกติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เช่น ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 นำรูปแบบมงกุฎอีสาน 4P โมเดลที่พัฒนาขึ้นมานี้ นำเสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด กระทรวงมหาดไทย พร้อมกับเสนอแนะข้อมูลในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมถึงออกข้อบัญญัติท้องถิ่นในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารที่จำหน่ายในชุมชน กำหนดพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชน เป็นต้น

2.2 ประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขอความร่วมมือและร่วมเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน และเสนอรูปแบบมงกุฎอีสาน 4P โมเดล ให้เป็นส่วนหนึ่งของธรรมนูญสุขภาพชุมชน รวมทั้งกำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ชัดเจน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

3.1 ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้านความคุ้มค่าคุ้มทุนในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกรมควบคุมโรค ในการกำหนดทิศทางนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และมาตรการที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ในบริบท ที่แตกต่าง

3.2 ควรมีการศึกษาแบบติดตามระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูแนวโน้มการคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงความชุกและปัจจัยที่ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

2. Health Data Center. Rate of new cases of hypertension per 100,000 population in fiscal year. 2025 [cited 2025 Apr 15]. Available from: https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361 (in Thai)
3. Division of Non-Communicable Diseases. National plan for the prevention and control of non-communicable diseases (2023–2027), Thailand [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 29]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf (in Thai)
4. Intanin N. Developing patterns of behavioral health modification through primary health care systems and community participation for the hypertension risk group in bua hung sub-district, Rasi Salai district, Sisaket Province. Sisaket Journal of Research and Health Development 2023;2(2):66-75. (in Thai)
5. Srivanichakorn S. Management of non-communicable diseases (NCDs) in Thailand and challenges for primary care services. PCFM 2021;4(2):4-7. (in Thai)
6. Kumchan J, Namyota C, Wongkongdech A. The development of a model for promoting health behaviors in risk groups for diabetes prevention in the community, Na Dun Subdistrict, Na Dun District, Maha Sarakham Province. UBRU Journal for Public Health Research 2024;13(1):63-7. (in Thai)
7. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. Hypertension 2018;71(6):e13–115. doi: 10.1161/HYP.0000000000000065.
8. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 3]. Available from: https://thaihypertension.org/wp-content/uploads/2019/08/440.HT-guideline-2019.with-watermark-1.pdf (in Thai)
9. Sinto N, Kamkaew W, Chummalee I, Srisaknnok T. Health literacy and health behaviors among risk group of hypertension disease, Mahasarakham province. Research and Development Health System Journal 2022;15(3):99-113. (in Thai)
10. Hinphet P, Boonchieng W, Ong-Artborirak P. The effectiveness of health behavior changing program for Pga K'nyau ethnic group with hypertension risk, Galyani Vadhana district, Chiang Mai province. KKU Journal for Public Health Research 2023;16(1):25-38. (in Thai)
11. Paitoonneramit M, Narachotika Y, Chewchanchaikul N. Development of health behavior promotion model for risk group of hypertension disease based on knowledge management process. Journal of Health Science 2021;30(1):33-4. (in Thai)

12. Sitthibun W, Prathansong S. Factors influencing NCD prevention and control behaviors among diabetes and hypertension risk groups in Phang Nga Province. Journal of Health Science of Thailand 2025;34(Suppl 1):S19–S31. (in Thai)
13. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. Social psychophysiology. New York: Guilford Press; 1983. p. 153–177.
14. Israel GD. Determining sample size [Internet]. 2020 [cited 2026 Apr 14]. Available from: https://ask.ifas.ufl.edu/publication/PD006?downloadOpen=true
15. Jirawatkul A. Statistics in research: appropriate selection. Bangkok: Witthayapath; 2014. (in Thai)
16. Prakongsin K, Arunkomonpattana S. Developing patterns of behavioral health at high risk groups of diabetes and hypertension through a participatory process of network partners following the transfer of responsibilities of the sub-district health promoting hospital to the provincial administrative organization in Wan Yai district, Mukdahan province. The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal 2024;22(2):80-95. (in Thai)
17. Sukdee S. Development of the Health Behavior Modification Model for Non-Communicable Chronic Diseases Risks using Participatory Approach in the Community [thesis]. Graduate School, Srinakharinwirot University; 2017 [cited 2025 Sep 15].
Available from: http://bsris.swu.ac.th/thesis/55199120025RB8992555f.pdf (in Thai)
18. Boonlert J. The effectiveness of health behavior modification among hypertension risk group with community participation, Wang Daeng Subdistrict, Tron District, Uttaradit Province [Internet]. Tron District Public Health Office; 2021[cited 2025 Nov 21]. Available from:
https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-0000000578-0000000522.pdf (in Thai)

ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ*

Nursing Students' Experiences in Promoting Older Adults' Health by Integrating Cultural Arts in a Gerontological Nursing Practicum Course*

ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ ธัญทิพย์ คลังชำนาญ*****

Thawatchai Khueansombat Thanyathip Klangchamnan*****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีบริบททางด้านศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น การจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาจึงต้องมีการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลซึ่งได้รับการจัดการเรียนการสอนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 16 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและแบบบอกต่อ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ประเด็นของ van Manen และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้าและการยืนยันโดยผู้ให้ข้อมูล

Received: October 29, 2025 Revised: April 12, 2026 Accepted: April 28, 2026

* ทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

* Funding: Udon Thani Rajabhat University

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000.
E-maiil: thawatchai@udru.ac.th

** Instructor, Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University, Udonthani, Thailand 41000.
E-maiil: thawatchai@udru.ac.th

*** Corresponding Author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี ประเทศไทย 41000.
E-maiil: thanyatip.kl@udru.ac.th

*** Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University, Udonthani, Thailand 41000. E-maiil: thanyatip.kl@udru.ac.th

ผลการวิจัยพบ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรม ซึ่งนักศึกษานำความรู้ทางการพยาบาลประยุกต์ใช้ในการประเมิน ออกแบบ และดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับชุมชน และ 2) ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการพยาบาล นักศึกษาเกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทัศนคติ การทำงานเป็นทีม และจิตวิญญาณความเป็นพยาบาล ผ่านประสบการณ์จริงและการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน

งานวิจัยชี้ว่า การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างสมรรถนะวิชาชีพของนักศึกษาด้านการดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ลักษณะนี้ในรายวิชาอื่นเพื่อพัฒนาการเรียนรู้เชิงลึกและทักษะวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การบูรณาการศิลปวัฒนธรรม การพยาบาลผู้สูงอายุ ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

Abstract

Background: Older adults require continuous health promotion, particularly in Udon Thani Province in Northeastern Thailand, where local arts and cultural contexts differ from other regions. Nursing education should therefore integrate local arts and cultural practices into health promotion for older adults. This qualitative study aimed to describe the experiences of nursing students in promoting older adults' health by integrating cultural arts into a gerontological nursing practicum course.

Methods: A qualitative study was conducted using Heideggerian hermeneutic (interpretive) phenomenology to explore and describe students' lived experiences. The participants were sixteen third-year nursing students selected through purposive and snowball sampling. Data were collected through in-depth interviews, observations, field notes, and tape recordings. Trustworthiness was ensured through data triangulation and member checking. Data were analyzed using a phenomenological thematic approach informed by van Manen.

Results: Two main themes emerged: (1) organizing health promotion activities for older adults in a cultural context, in which students applied nursing knowledge to assess needs and design and implement culturally appropriate activities for older adults and the community; and (2) learning outcomes from cultural integration in nursing practice, reflecting students' development of knowledge, skills, attitudes, teamwork, and professional nursing identity through authentic community engagement and experiential learning.

Conclusion: Integrating cultural arts into a gerontological nursing practicum enhances nursing students' professional competence, particularly in delivering culturally congruent care. Such learning activities should be encouraged in other nursing courses to promote deep learning and sustainable professional development.

Keywords: nursing students' experiences, older adults' health promotion, cultural integration, gerontological nursing, hermeneutic phenomenology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจำเป็นต้องส่งเสริมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การออกแบบกิจกรรมต้องคำนึงถึงการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งไม่หักโหม เสริมสร้างสุขภาวะด้านจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรมควบคู่กับการดูแลสุขภาพ เนื่องจากวัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตมีอิทธิพลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพ การตัดสินใจ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่[1] ขณะเดียวกันมีการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา และคณะ[2] กล่าวว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการศิลปะและกิจกรรมนันทนาการที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม เช่น กิจกรรมสร้างสรรค์ งานศิลปะ หรือกิจกรรมกลุ่มในชุมชน มีส่วนช่วยเสริมสร้างสุขภาวะด้านจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ แนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นสามารถเป็นกลไกสำคัญในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติในพื้นที่จริง

สถานการณ์การจัดประสบการณ์ด้านการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ที่ผ่านมา มุ่งเน้นการเรียนรู้เชิงทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติในบริบททางคลินิกเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงองค์ความรู้กับบริบทจริงของชุมชน ส่งผลให้นักศึกษาขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจเชิงสถานการณ์ และความไวทางวัฒนธรรมในการดูแลผู้รับบริการ[3] ปัจจุบันแนวทางการจัดการเรียนรู้ได้พัฒนาไปสู่การมุ่งเน้นสมรรถนะของผู้เรียนผ่านการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) และการบูรณาการองค์ความรู้ในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการสื่อสาร การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุปัญหาและความต้องการ ตลอดจนการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม[4] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวทางการจัดการเรียนการสอนที่ใช้การเรียนรู้ผ่านกิจกรรม เช่น การจัดกิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง และการมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ การทำงานร่วมกัน และความไวทางวัฒนธรรมของนักศึกษาได้อย่างมีนัยสำคัญ[5]

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยที่กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพด้วย ผลของกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมต่อสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยกิจกรรมศิลปวัฒนธรรมดังกล่าวซึ่งครอบคลุมการใช้ดนตรีพื้นบ้าน การฟ้อนรำ งานหัตถกรรม การประกอบอาหารพื้นถิ่น และกิจกรรมสืบสานภูมิปัญญาชุมชน ซึ่งถูกนำมาบูรณาการในการจัดกิจกรรมกลุ่ม การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตใจ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ แต่ยังมีช่องว่างขององค์ความรู้หลายประการ ได้แก่ 1) งานวิจัยที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลโดยตรงในบริบทของการใช้ศิลปวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยังมีจำกัด 2) งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นผลลัพธ์ของผู้สูงอายุ เช่น สุขภาวะด้านจิตใจ คุณภาพชีวิต การลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และการเพิ่มการมีส่วนร่วมทางสังคม มากกว่าการศึกษากระบวนการเรียนรู้ของผู้จัดกิจกรรม 3) ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมโดดเด่น และเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ยังไม่พบหลักฐานที่สะท้อนถึงผลของ

การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมต่อการพัฒนาตัวตนวิชาชีพ (professional identity) และการเรียนรู้เชิงสะท้อนกลับ (reflective learning) ของนักศึกษาในบริบทการจัดการเรียนการสอน โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการหล่อหลอมบทบาทวิชาชีพ และการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีกับประสบการณ์การปฏิบัติจริงในชุมชน

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยมุ่งอธิบายประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการบูรณาการศิลปวัฒนธรรม ซึ่งผลการศึกษาจะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้เชิงลึกของนักศึกษา พัฒนาการด้านทักษะ และจิตสำนึกเชิงวิชาชีพ และสามารถนำผลไปพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชนมากยิ่งขึ้น

แนวคิดและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (hermeneutic phenomenology) ตามฐานปรัชญาของ Heidegger[6] และแนวทางของ Van Manen[7] เพื่อทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ดำรงอยู่ (lived experience) ของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยตีความประสบการณ์ภายใต้บริบทของการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในชุมชน ผ่านกระบวนการเคลื่อนไหวระหว่างส่วนย่อยและภาพรวมของข้อมูล (hermeneutic circle) เพื่อสังเคราะห์โครงสร้างความหมายของประสบการณ์ กรอบการทำความเข้าใจสังเคราะห์จากแนวคิดของ Heidegger ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1) บริบท (context) เป็นมิติของการดำรงอยู่ที่หล่อหลอมการรับรู้และความเข้าใจของนักศึกษา ประกอบด้วย ชุมชน ศิลปะพื้นบ้าน วัฒนธรรมและประเพณี วิถีชีวิต และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการจัดการเรียนรู้ นักศึกษาได้นำองค์ประกอบทางศิลปวัฒนธรรม เช่น เพลงพื้นบ้านหรือกิจกรรมทางวัฒนธรรม มาบูรณาการในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้การเรียนรู้เชื่อมโยงกับบริบทชีวิตจริงของผู้สูงอายุ

2) ประสบการณ์ที่ดำรงอยู่ของนักศึกษาพยาบาล (lived experience) เกิดจากการมีส่วนร่วมของนักศึกษาในการประเมิน ออกแบบ และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมและการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ประสบการณ์ดังกล่าวเป็นฐานสำคัญของการเรียนรู้ที่ทำให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทการพยาบาลในสถานการณ์จริง

3) การตีความประสบการณ์ (interpretation) ผู้วิจัยทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ผ่านกระบวนการ hermeneutic circle โดยเคลื่อนไหวระหว่างข้อมูลรายส่วนและภาพรวม เพื่อสะท้อนความหมายของประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริงของนักศึกษาในบริบทชุมชน

4) ความหมายที่ปรากฏจากประสบการณ์ (emergent meanings) เป็นผลของการตีความที่สะท้อนการพัฒนาของนักศึกษา ได้แก่ ความรู้และทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ ความไวทางวัฒนธรรม ความมั่นใจ จิตวิญญาณความเป็นพยาบาล และทักษะการทำงานเป็นทีม ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในบริบทชุมชน

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (interpretive phenomenology) โดยใช้ฐานปรัชญาของ Heidegger[6] เพื่อทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ดำรงอยู่ (lived experience) ของนักศึกษาพยาบาลภายใต้บริบทเฉพาะ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความของ van Manen[7] ซึ่งมุ่งตีความและสังเคราะห์โครงสร้างความหมายของประสบการณ์ผ่านกระบวนการ hermeneutic

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูล เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 16 คน ที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การคัดเลือก ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกและการคัดเลือกแบบบอกต่อ (snowball sampling) เพื่อได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรงและลึกซึ้ง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งผ่านการฝึกภาคปฏิบัติครบถ้วนตามโครงสร้างรายวิชา และเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติ เข้าร่วมกิจกรรมบูรณาการรายวิชาและศิลปวัฒนธรรม โดยปฏิบัติบทบาทหลักในกระบวนการตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผน ออกแบบ ดำเนินกิจกรรม และประเมินผล เพื่อให้มีประสบการณ์ตรงต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาสามารถสะท้อนประสบการณ์ได้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1) ถอนตัวหรือไม่สะดวกให้สัมภาษณ์และไม่สามารถเข้าร่วมสัมภาษณ์ตามเวลาที่กำหนด

2) ไม่สามารถเข้าร่วมสัมภาษณ์ตามเวลาที่กำหนด

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ห้องประชุมกลุ่มย่อยของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นระยะเวลา 8 ปี ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวเอื้อต่อความเข้าใจบริบทของรายวิชากระบวนการจัดการเรียนรู้ และลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลให้สามารถเข้าถึงประสบการณ์และความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดได้อย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมและตีความข้อมูล

ทั้งนี้เตรียมความพร้อม คือ ทำหน้าที่สร้างสัมพันธภาพ ตั้งคำถามเชิงสะท้อน และตีความหมายของประสบการณ์ตามบริบท โดยดำเนินการสัมภาษณ์ในลักษณะทีมวิจัย กำหนดบทบาทให้มีผู้สัมภาษณ์หลักและผู้ร่วมสัมภาษณ์ ทั้งหมดใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างฉบับเดียวกัน ก่อนการเก็บข้อมูลได้มีการทบทวนกรอบคำถามร่วมกัน และภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งได้ร่วมกันพิจารณาเนื้อหาและประเด็นสำคัญเพื่อให้การเก็บข้อมูลและการตีความมีความสอดคล้องตลอดกระบวนการวิจัย

2. แนวทางสัมภาษณ์ (interview guideline) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การมีส่วนร่วม กระบวนการเรียนรู้ ความหมายที่ได้รับ และผลที่เกิดขึ้นต่อตนเองในฐานะนักศึกษาพยาบาล ตัวอย่างคำถาม เช่น *“คุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อการนำศิลปวัฒนธรรมมาใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ”* และ *“กิจกรรมดังกล่าวมีความหมายต่อคุณอย่างไรในฐานะนักศึกษาพยาบาล”* ก่อนนำไปใช้ ได้ทดสอบความชัดเจนของคำถามกับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และปรับถ้อยคำให้เหมาะสมก่อนการเก็บข้อมูลจริง 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 3) แบบบันทึกภาคสนาม สำหรับบันทึก วันเดือนปี เวลาที่สัมภาษณ์ ระยะเวลา สถานที่ บรรยากาศ บริบท สภาพแวดล้อม การสัมภาษณ์ ปฏิสัมพันธ์ และประเด็นสะท้อนที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล และ 4) อุปกรณ์บันทึกเสียง 5) แบบบันทึกการถอดเทปหรือคำสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี (เลขที่ อว 0622.7/316) ระยะเวลาในการรับรอง ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2568) เพื่อคุ้มครองสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้รับเอกสารชี้แจงการวิจัย (participant information sheet) และก่อนลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (informed consent form) ได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง สิทธิในการถอนตัว และการรักษาความลับอย่างเป็นกลาง ก่อนลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (informed consent form) ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อเพื่อไม่ให้สามารถระบุตัวตนได้ และจัดเก็บไฟล์เสียงในอุปกรณ์ที่มีรหัสผ่านป้องกัน ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา ผู้วิจัยไม่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ให้ข้อมูล และการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการประเมินผลการเรียนของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และภายหลังนักศึกษาสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุครบตามโครงสร้างรายวิชา

1. ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้ให้ข้อมูลรายแรกเป็นรายบุคคลตามเกณฑ์คัดเข้า และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยอย่างชัดเจน จากนั้นใช้วิธีการคัดเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลรายแรกแนะนำเพื่อนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพิ่มเติมประมาณ 2–3 คน

2. ผู้วิจัยได้ร่วมกันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดบทบาทให้มีผู้สัมภาษณ์หลักและผู้ร่วมสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบรายบุคคล (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที ดำเนินการในห้องประชุมกลุ่มย่อยของคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งมีความสงบและเป็นส่วนตัว ช่วงเวลาสัมภาษณ์ คือ วันเสาร์และวันอาทิตย์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและพร้อมในการให้ข้อมูลอย่างเต็มที่โดยไม่ถูกรบกวนจากภาระด้านการเรียน

3. การบันทึกภาคสนาม (field notes) เพื่อบันทึกบริบท ข้อสังเกต และการตีความเบื้องต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ดำเนินไปควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง โดยมีการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง และยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไม่พบประเด็นหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติม ซึ่งถือว่าข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 16 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความของ Van Manen[7] ซึ่งมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ดำรงอยู่ (lived experience) โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้ 1) ถอดเทปคำต่อคำและอ่านทบทวนข้อมูลซ้ำหลายครั้ง เพื่อเข้าถึงความหมายโดยรวม 2) เขียนข้อความที่สะท้อนสาระสำคัญของประสบการณ์ และตั้งคำถามเชิงตีความต่อข้อความนั้น 3) พิจารณาความหมายผ่านกระบวนการเคลื่อนไหวระหว่างส่วนย่อยและภาพรวมของข้อมูล (hermeneutic circle) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก 4) สังเคราะห์เป็นประเด็นเชิงตีความที่สะท้อนโครงสร้างความหมายของประสบการณ์ 5) ทบทวนและปรับธีมโดยย้อนกลับไปตรวจสอบกับข้อมูลดิบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การตีความสอดคล้องกับบริบทของประสบการณ์ 6) นำเสนอผลในลักษณะการบรรยายเชิงตีความ พร้อมยกถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลประกอบอย่างเป็นระบบ กระบวนการวิเคราะห์ดำเนินควบคู่กับการเก็บข้อมูลและสิ้นสุดเมื่อไม่ปรากฏประเด็นความหมายใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลเดิม

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) การยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวทางการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba[8] ซึ่งประกอบด้วยความน่าเชื่อถือ (credibility) และความสอดคล้องของข้อมูล โดยดำเนินการ ดังนี้ 1) การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความเข้าใจร่วมของข้อมูล 2) การใช้เทคนิคสามเส้าในด้านวิธีการ (method triangulation) และสามเส้าภายในแหล่งข้อมูล (within-source triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนาม และเอกสารบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสอดคล้องของผลการวิเคราะห์ภายใต้ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คน ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นสื่อกลาง เป็นหญิง 11 คน และเพศชาย 5 คน อายุระหว่าง 21–25 ปี ทุกคนฝึกปฏิบัติงานในชุมชนเดียวกัน คือ พื้นที่ตำบลกุดสระ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี แต่มีประสบการณ์ ความมั่นใจ และความถนัดที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อวิธีคิด การรับรู้ และการเรียนรู้ระหว่างการทำกิจกรรม จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางการสะท้อนคิดเชิงประเด็น (thematic reflection analysis) ตามแนวทางของ Van Manen[6] พบว่า ประสบการณ์ชีวิตของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการบูรณาการศิลปวัฒนธรรม สะท้อนความหมายของการเรียนรู้และการทำงานร่วมกับผู้สูงอายุในบริบทชุมชน ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ผ่าน 2 ประเด็นหลัก และ 7 ประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรม

นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ว่า "ศิลปวัฒนธรรม" ไม่ได้เป็นเพียงงานประเพณี แต่เป็นวิถีชีวิตและความเชื่อที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและผูกพันในชีวิตประจำวัน ในการจัดกิจกรรมนักศึกษาได้นำศิลปะพื้นบ้าน เช่น ผ้าขาวม้า การร้องสรภัญญะ และการแต่งเพลงหมอลำ มาใช้เป็นสื่อถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการอาศัยบริบทของงานบุญประเพณี เช่น บุญสงกรานต์ และบุญบั้งไฟ เป็นฐานในการดำเนินกิจกรรม ทำให้

การให้ความรู้ไม่จำกัดอยู่เพียงการบรรยาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคย เปิดใจ และมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยประเด็นนี้สะท้อนถึงพัฒนาการเชิงวิชาชีพของนักศึกษาที่ได้เรียนรู้กระบวนการทำงานในบริบทชุมชนอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การทำความเข้าใจบริบทชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ การนำข้อมูลจากการประเมินมาวิเคราะห์และออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับสภาพจริง การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่เอื้อต่อความไว้วางใจ ตลอดจนการปรับตัวต่อข้อจำกัดของสถานการณ์ ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้นักศึกษาตระหนักว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ต้องอาศัยความเข้าใจบริบท ความยืดหยุ่น และความเคารพต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน การจัดกิจกรรมในบริบทวัฒนธรรมมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1.1 การประเมินบริบทชีวิต สภาพความเป็นอยู่ และความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

นักศึกษาตระหนักว่างานพยาบาลผู้สูงอายุควรเริ่มจากการประเมินบริบทชีวิต สภาพความเป็นอยู่และความต้องการอย่างรอบด้าน โดยพิจารณาทั้งภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การประเมินดำเนินการผ่านการลงพื้นที่จริง ทั้งการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทำความเข้าใจวิถีชีวิต ความเชื่อ และข้อจำกัดในชีวิตประจำวัน กระบวนการดังกล่าวทำให้นักศึกษามองเห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละราย และสามารถระบุปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลที่ได้จึงถูกนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ นักศึกษายังให้ความสำคัญกับการประเมินอย่างต่อเนื่องก่อน ระหว่าง และหลังการจัดกิจกรรม เพื่อทำความเข้าใจระดับความรู้ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงของกิจกรรม

“ตอนแรกยังมองไม่เห็นปัญหาชัดเจนค่ะ พอได้ลงพื้นที่จริง พวกเราก็เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทีละคน ทั้งการสอบถามประวัติสุขภาพ การใช้แบบแผนการประเมินที่เรียนมา แล้วก็พูดคุยเพิ่มเติมเพื่อดูว่าผู้สูงอายุมีปัญหาอะไรในชีวิตประจำวันบ้าง จากนั้นถึงค่อยมานั่งลิสต์ปัญหาที่พบร่วมกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเข่าเสื่อม ปัสสาวะเล็ด และกระดูกพรุน พอได้เห็นจากการประเมินจริง ก็ทำให้เข้าใจว่าปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุค่อนข้างมากค่ะ” (P9)

“ก่อนเริ่มกิจกรรม พวกเราจะมีการประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้สูงอายุค่ะ โดยใช้ป้าย ‘ถูก’ และ ‘ผิด’ ให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบตามความเข้าใจของตัวเอง จากนั้นเพื่อนในกลุ่มก็จะช่วยกันสังเกตว่าผู้สูงอายุเลือกคำตอบอย่างไร แล้วสอบถามเพิ่มเติมว่าทำไมถึงเลือกข้อนั้น เพื่อดูว่าผู้สูงอายุมีพื้นฐานความรู้เรื่องสุขภาพมากน้อยแค่ไหน ข้อมูลตรงนี้ทำให้พวกเรารู้ว่าควรอธิบายเนื้อหาแบบไหน และควรปรับกิจกรรมให้เหมาะกับระดับความเข้าใจของผู้สูงอายุแต่ละคนค่ะ” (P11)

“ระหว่างทำกิจกรรม จะมีเพื่อนกลุ่มอื่นคอยประกบอยู่ข้าง ๆ ผู้สูงอายุค่ะ เพื่อสังเกตว่าผู้สูงอายุทำตามขั้นตอนได้ไหม ทันจังหวะหรือเปล่า รวมถึงดูว่าท่านมีความสนใจหรือมีอาการเหนื่อยมากน้อยแค่ไหน บางครั้งผู้สูงอายุอาจมองไม่เห็นเพื่อนที่อยู่บนเวที หรือทำท่าตามไม่ทัน พวกเราก็จะเข้าไปสาธิตให้ดูใกล้ ๆ และคอยพูดกระตุ้นอย่างช้า ๆ ตรงนี้ทำให้เราได้ประเมินไปพร้อม ๆ กับการปรับกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้ตามข้อจำกัดของแต่ละคนค่ะ” (P5)

การประเมินบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน จึงมิใช่เพียงการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพ แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านการรับฟังและการสังเกตเชิงลึก ซึ่งช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น ความเหนื่อยง่าย ความไม่คุ้นเคยต่อกิจกรรม หรือความกลัวการเคลื่อนไหวมากเกินไป สะท้อนถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงบริบทชีวิตและความแตกต่างเฉพาะราย

1.2 การออกแบบกิจกรรมที่ผสานศิลปวัฒนธรรมเข้ากับหลักการส่งเสริมสุขภาพ

นักศึกษาพบว่า การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ากิจกรรมนั้นมีความหมายและสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผสานศิลปวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยเข้ากับหลักการส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยการเลือกใช้สื่อ กิจกรรม และรูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับประสบการณ์ชีวิต ความเชื่อ และศักยภาพของผู้สูงอายุ เช่น การแต่งเพลงหมอลำสรภัญญะที่สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้กิจกรรมไม่ถูกมองว่าเป็นการสอนหรือการบังคับ แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและเป็นเจ้าของกิจกรรม นักศึกษาจึงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านร่างกายและการรับรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพดำเนินไปอย่างปลอดภัยและมีคุณค่าต่อชีวิตของผู้สูงอายุ

"วัฒนธรรมประเพณีเป็นสิ่งหนึ่ง หรือกิจกรรมหนึ่งที่สามารถดึงดูดให้หลาย ๆ ท่านมาเข้าร่วมได้ค่ะ อย่างเช่น ประเพณีสงกรานต์ ผู้สูงอายุบางคนอาจจะคิดว่า เด็ก ๆ หรือนักศึกษาจะทำอะไรให้กับพวกเราอย่างพวกผู้สูงอายุบ้าง ก็เลยสนใจค่ะ ประมาณนี้ค่ะ...ถ้าไม่มีเรื่องประเพณีวัฒนธรรมเข้ามา ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมากเท่านี้ หรืออาจจะมาน้อยลง เพราะถ้าเป็นแค่โครงการธรรมดา ผู้สูงอายุบางคนอาจจะคิดว่า ทำไมต้องมาเข้าฟังเฉย ๆ กิจกรรมมันก็ธรรมดา ไม่มีอะไรน่าสนใจ" (P7)

"เราสอบถามผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุสามารถร้องสรภัญญะได้ไหม เขาก็บอกว่าร้องได้ เราก็เลยเลือกสรภัญญะ เพราะว่าเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ จำได้ง่าย และคุ้นเคย...เขามองว่า ดีจังที่มีสรภัญญะเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุแบบนี้ มันเป็นสิ่งใหม่ ๆ ที่ผสมผสานระหว่างสิ่งที่เขารู้จักกับความรู้ใหม่ที่เราจะให้ เขาก็เลยเปิดใจรับ และรู้สึกว่าไม่ได้ถูกสอนหรือบังคับค่ะ" (P1)

"ของกลุ่มพวกหนูเป็นการที่แต่งเพลงอะค่ะ แต่งเพลงเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อมเข้ามา โดยใช้ทำนองแบบทำนองอีสานนะคะ... ด้วยความที่บ้านเราค่ะ เค้าก็ชอบหมอลำ ชอบฟังหมอลำ... ก็เลยเอาทำนองหมอลำเข้ามาใช้ในการแต่งเพลงเพื่อให้ความรู้อะค่ะ เพราะว่าผู้สูงอายุเค้าจะได้สนใจ...แล้วก็มีคล้าย ๆ โรลเพลย์ค่ะช่วงเริ่มต้นกิจกรรม เพื่อเปิดเรื่อง มีเพื่อนแสดงเป็นผู้สูงอายุเจ็บ เจ็บหัวเข่า แล้วก็ขึ้นร้องเพลงเลย... ขณะที่ร้องเพลง พวกหนูก็ไปรำ แล้วก็จะมีผู้สูงอายุบางท่านลุกขึ้นมาฟ้อนรำด้วยค่ะ" (P4)

ศิลปวัฒนธรรมจึงทำหน้าที่เป็น "สื่อกลาง" ที่เชื่อมโยงความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่เพียงก่อให้เกิดความเข้าใจเชิงเนื้อหา แต่ยังสร้างความหมาย ความภาคภูมิใจ และความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุและนักศึกษาพยาบาลภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและยอมรับ

1.3 การสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและความไว้วางใจ

ศิลปวัฒนธรรมทำหน้าที่เป็นภาษาร่วมที่ช่วยลดระยะห่างระหว่าง "นักศึกษา" กับ "ผู้สูงอายุ" ทำให้การสื่อสารดำเนินไปอย่างเป็นธรรมชาติและเกิดความไว้วางใจกัน นักศึกษารับรู้ว่าผู้สูงอายุเปิดเผยความคิดเห็น ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนได้มากขึ้น เมื่อกิจกรรมที่จัดขึ้นสอดคล้องกับตัวตน วิถีชีวิต และสิ่งที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย การสร้างปฏิสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การสร้างความสัมพันธ์บนพื้นฐานของความเคารพ การรับฟัง และความเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานพยาบาลในชุมชน

“คือ กิจกรรมนี้ ทำให้ผู้สูงอายุได้เจอผู้คน ก็จะมีความสุขมากขึ้นค่ะ ได้พูดคุยกับคนอื่น เพราะบางคนอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีลูกไม่มีหลาน แต่พอได้ไปร่วมงาน ก็เหมือนได้เจอคนที่เข้ามาคุยด้วย ให้ความสนใจกับผู้สูงอายุค่ะ...ในด้านจิตใจ น่าจะทำให้เห็นคุณค่าในตัวเองค่ะ เพราะว่าได้ไปร่วมงานหรือช่วยงานของส่วนรวม...ก็จะรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น...ทำให้เขาได้เห็นคุณค่าในตัวเอง...อย่างกิจกรรมรดน้ำดำหัว บางทีก็ไม่ได้มีลูกหลานมาทำให้ พอเราไปทำให้เขาก็รู้สึกซาบซึ้งค่ะ” (P3)

“ส่วนตัวคิดว่าเขามีความสุข เหมือนบางคนเนี่ย อาจจะไม่เคยเข้าร่วมบุญบั้งไฟเลยก็มีนะครับ จากที่คุยกับผู้สูงอายุ เขาก็บอกว่ามันก็เป็นการจำลองที่ดี สนุกดีครับ ... บางท่านก็ได้ไปฟ้อน อะไรอย่างเนี่ยครับ...เหมือนเขาอยู่บ้านก็ไม่ได้แต่งตัว แล้วเรารู้อยู่แล้วว่าการที่เขาได้แต่งตัว ส่วนใหญ่ก็มักจะเป็นงานต่าง ๆ ส่วนตัวคิดว่ามันส่งผลในด้านจิตใจของเขาเลย คือการที่เขาได้ออกมาแต่งตัวสวย ๆ เหมือนมาอวดกันครับ” (P14)

“ผ้าขาวม้าที่เราเลือกมาเนี่ย คือผู้สูงอายุมีอยู่ทุกบ้านอยู่แล้วครับ...ถ้าบางคนถักทอเอง ก็จะเกิดความภูมิใจในตัวเอง ที่เอาผ้าของเขาที่ทำเอง มาใช้ในการทำกิจกรรมที่เข้าร่วม บางครั้งก็จะเอามาโชว์เพื่อนในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยครับ ว่าที่บ้านฉันก็มีผ้าแบบนี้นะ มีลายที่สวยด้วย...พอเขาได้เล่าเรื่องผ้าขาวม้าที่ทำเอง หรือประวัติความเป็นมาของลายผ้า มันเหมือนเป็นการได้แบ่งปันสิ่งที่ตัวเองถนัดและมีคุณค่า ทำให้เขายิ้ม ภูมิใจและเพื่อน ๆ ก็ชื่นชมกัน เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น” (P13)

ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นจุดเชื่อมโยง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่าในตัวตน และมีความมั่นใจในการมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้สูงอายุพร้อมให้ข้อมูล แสดงออก และร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงการเกิดความไว้วางใจในกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมดำเนินการ

1.4 ความท้าทายและการปรับตัวในสถานการณ์จริง

นักศึกษาต้องเผชิญความไม่แน่นอนหลายอย่างระหว่างการดำเนินกิจกรรมในชุมชน ทั้งข้อจำกัดด้านเวลา ความพร้อมของตนเองและเพื่อนร่วมกลุ่ม ความแตกต่างด้านประสบการณ์ สมรรถภาพของผู้สูงอายุ และการทำงานในบริบทวัฒนธรรมที่ไม่คุ้นเคยทำให้นักศึกษาหลายคนรู้สึกกังวล ประหม่า และไม่มั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติบทบาทของตนได้อย่างเหมาะสม ความท้าทายดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในขั้นตอนการจัดกิจกรรมเท่านั้น แต่ยังเกิดจากการที่นักศึกษาต้องออกจากการเรียนรู้ในห้องเรียน ไปเผชิญสถานการณ์จริงในชุมชนที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ นักศึกษาจึงต้องเรียนรู้จากการฟัง การสังเกต และการปรับกิจกรรมตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงอย่างต่อเนื่อง

“เรามีประสบการณ์ในการไปอยู่กับผู้สูงอายุ ไปดูแลผู้สูงอายุมาก่อนแล้ว แต่พอมาเจอโครงการนี้ที่ต้องทำจริง ๆ ทั้งการประเมิน การพูดคุย และการจัดกิจกรรม มันทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่ได้แค่เรียนในตำรา แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้จริง ๆ ค่ะ...จากที่เคยกลัวว่าจะคุยไม่รู้เรื่อง กลัวผู้สูงอายุจะไม่ยอมร่วมกิจกรรม แต่พอได้ลองทำจริง ๆ กลับรู้สึกว่าผู้สูงอายุเขาเฟรนลี่มาก เข้าถึงง่ายและยินดีให้ความร่วมมือ เวลาที่เขายิ้มหรือชมว่าเราทำได้ดี มันทำให้เรารู้สึกภูมิใจและมั่นใจขึ้นเยอะเลยค่ะ” (P1)

“ตอนแรกหนูรู้สึกกังวลค่ะ เพราะปกติที่บ้านไม่ค่อยร่วมงานแบบนี้ค่ะ...ก็เลยไม่แน่ใจว่าจะทำได้ไหม เพราะไม่มีความรู้เรื่องวัฒนธรรมหรืองานประเพณีของหมู่บ้าน...พอเริ่มต้นทำโครงการจริง ๆ ก็รู้สึกเกร็งมากค่ะ ไม่กล้าพูด ไม่กล้าแสดงออก กลัวว่าจะทำผิดพลาดหรือไม่เข้าใจขั้นตอน เพราะมันต่างจากการเรียนในห้องเรียนที่มีอาจารย์คอยบอกทุกอย่าง ต้องพยายามฟัง และปรับตัวไปพร้อม ๆ กับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม” (P3)

"หนูรู้สึกว่ามันจะค่อนข้างซับซ้อนกว่าโครงการธรรมดานิดนึงค่ะ เพราะว่ามันต้องผสมผสานระหว่างวัฒนธรรมของชาวบ้านที่หมู่บ้าน แล้วก็มันต้องมีรวมกันกับการส่งเสริมสุขภาพไปด้วยค่ะ...มันท้าทายดีค่ะ มันแบบมันตื่นเต้น...ต้องทำอะไรร่วมกับชาวบ้านอย่างเนี่ยค่ะ ต้องแบบคิดค้นเองทั้งหมด ต้องทำอะไรเองทั้งหมด พอได้ลองลงมือจริงก็ยิ่งรู้สึกว่าไม่ง่ายเลย เพราะต้องฟังความคิดเห็นของชาวบ้านด้วย ไม่ใช่แค่เอาแนวคิดจากเราไปใส่ แต่ต้องหาทางทำให้เขายอมรับและร่วมมือไปกับเรา" (P11)

ความท้าทายที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้การปรับตัว การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการทำงานภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด ประสบการณ์เหล่านี้ช่วยหล่อหลอมให้นักศึกษาพัฒนาความยืดหยุ่น ความรับผิดชอบ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานพยาบาลในบริบทชุมชน ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการเผชิญสถานการณ์จริงที่แตกต่างจากห้องเรียน และการค่อย ๆ สร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ที่ได้รับ

ประเด็นที่ 2 ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการพยาบาล

กิจกรรมที่ใช้วัฒนธรรมเป็นฐาน ช่วยให้การเรียนรู้ของนักศึกษามีความหมาย ไม่ใช่เพียงการลงปฏิบัติงาน แต่เป็นการ "เติบโตทางวิชาชีพ" และ "เข้าใจมนุษย์" อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น กล่าวคือ การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมเข้ากับการจัดการเรียนรู้ ทำให้นักศึกษาไม่ได้ทำหน้าที่เพียงผู้ปฏิบัติงานตามแผนหรือกิจกรรมที่กำหนดไว้ล่วงหน้า หากแต่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับชีวิตจริงของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการทำกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต และความหมายทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ประสบการณ์จริงในชุมชนจึงทำให้นักศึกษามองเห็นคุณค่าและความหมายของผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีตัวตน เรื่องราว และศักดิ์ศรี มิใช่เพียงผู้รับบริการทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว ขณะเดียวกัน การได้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทั้งการประเมิน การสื่อสาร และการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงความรู้จากห้องเรียนเข้ากับการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม กระบวนการดังกล่าวจึงส่งเสริมให้เกิดการเติบโตทางวิชาชีพควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้าใจมนุษย์ในมิติที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาความรู้ และทักษะการพยาบาลผู้สูงอายุ

การทำงานจริงในชุมชนทำให้นักศึกษามองเห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างชัดเจน และเข้าใจว่าการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุไม่สามารถใช้รูปแบบเดียวกันกับทุกคนได้ นักศึกษาได้เรียนรู้การนำความรู้จากห้องเรียนมาประยุกต์ใช้ในการประเมินสุขภาพ การพูดคุย และการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุ การลงมือปฏิบัติจริงช่วยให้นักศึกษาเข้าใจหลักการประเมินและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ลึกซึ้งขึ้น ผ่านการเห็นปัญหา การสังเกตการตอบสนอง และการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง

"หนูคิดว่าได้เอาความรู้จากในห้องเรียนไปใช้จริง ๆ ค่ะ อย่างเรื่องโรค NCDs (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) หรือเรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และยังมี CGA (การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม) ที่พวกหนูใช้ประเมินร่วมกันในกลุ่มค่ะ หนูได้รับทั้งความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบประเมินอย่าง MMSE (แบบประเมินการรู้คิด) และ CGA (แบบประเมินการรู้คิด) เพิ่มขึ้น ตอนเรียนมันเป็นทฤษฎี แต่พอเราไปลงมือทำจริง ๆ เราได้เห็นปัญหา ได้พูดคุย ได้แนะนำจริง ๆ ก็ทำให้เข้าใจมากขึ้นค่ะ...ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น" (P7)

“รู้สึกภูมิใจที่ได้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในครั้งนี้ครับ เพราะว่าเราก็ได้มีโอกาสไปแสดงความสามารถของพวกเรา...ได้ไปใช้ความรู้ที่เราเรียนมาแล้วก็สามารถไปถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุได้ ตอนที่เราเห็นผู้สูงอายุเขาหัวเราะหรือยิ้มให้พวกเราระหว่างกิจกรรม เราก็รู้สึกว่าสิ่งที่เราทำมันมีคุณค่ามาก แล้วก็รู้สึกว่าเราได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพเขา แม้จะเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่มันก็คุ้มค่าครับที่ได้มา... แล้วก็รู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่ดีครับ และจะได้เอาไปใช้ต่อด้วยในโอกาสหน้า” (P6)

“จากการทำกิจกรรม ทำให้ได้รู้ปัญหาของผู้สูงอายุจริง ๆ ของแต่ละคน ที่มีผลกระทบต่อชีวิตผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน การที่เรารู้ปัญหาผู้สูงอายุจริง ๆ แล้วเรามาทำการพยาบาล หรือมาทำการวางแผนการพยาบาลต่อ มันจะทำให้ผู้สูงอายุได้ประโยชน์มาก ๆ ที่สุดค่ะ ถ้าเราไม่เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุจริง ๆ แล้วเรามาทำการพยาบาล เราอาจจะให้การพยาบาลผิด หรือไม่เข้าใจเลยว่าเราให้การพยาบาลไปเนี่ย มันได้ผลกับผู้สูงอายุจริงเหรอ” (P9)

ประสบการณ์จากการลงมือประเมินและดูแลผู้สูงอายุจริงทำให้นักศึกษาเห็นความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางทฤษฎีกับการปฏิบัติในสถานการณ์จริง การได้เห็นผลของการประเมิน การพูดคุย และการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้การเรียนรู้ด้านการประเมินและการดูแลผู้สูงอายุมีความหมายมากยิ่งขึ้น

2.2 การพัฒนาความไวทางวัฒนธรรม

ประสบการณ์การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นฐาน ทำให้นักศึกษาตระหนักว่าการดูแลผู้สูงอายุไม่อาจแยกออกจากบริบทชีวิต ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุได้ การลงพื้นที่และทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุช่วยให้นักศึกษาเข้าใจว่า “สุขภาพ” และ “วัฒนธรรม” มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด และมีผลต่อความรู้สึก การมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเรียนรู้ดังกล่าวทำให้นักศึกษามองเห็นว่าวัฒนธรรมไม่ใช่เพียงฉากของกิจกรรม แต่เป็นส่วนหนึ่งของตัวตนและชีวิตของผู้สูงอายุอย่างแยกไม่ออก การเรียนรู้ดังกล่าวทำให้นักศึกษาปรับมุมมองในการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น และเลือกกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงความไวทางวัฒนธรรมของนักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุ

“ตอนแรกหนูมองว่าวัฒนธรรมเป็นแค่งานประเพณีที่มีอยู่ในชุมชน เป็นสิ่งที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษค่ะ แต่พอได้ลงไปทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ หนูรู้สึกว่าวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเขาจริง ๆ อย่างงานบุญบั้งไฟหรือกิจกรรมในหมู่บ้าน ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าต้องออกมาร่วม เพราะเป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก ทำให้เขาได้ออกจากบ้าน มาพบเจอผู้คน และรู้สึกว่ายังมีคุณค่าและบทบาทในสังคมค่ะ” (P3)

“จากที่ได้ทำกิจกรรม หนูรู้สึกว่าวัฒนธรรมไม่ใช่แค่ประเพณีของพื้นที่ แต่เป็นสิ่งที่สะท้อนความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุค่ะ อย่างบุญบั้งไฟหรือสงกรานต์ ทำให้ผู้สูงอายุได้ออกมามีส่วนร่วม ได้พบปะเพื่อน ได้ทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ พอเขาได้ออกมาร่วม เขาจะดูมีความสุขและรู้สึกว่าเขายังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทิ้งไว้ให้อยู่คนเดียวค่ะ” (P4)

“จากที่ผมเจอ วัฒนธรรมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการทำบุญและประเพณีต่าง ๆ ครับ มันเป็นเหมือนสิ่งที่ยึดโยงเขากับครอบครัวและชุมชน อย่างช่วงสงกรานต์ที่ญาติ ๆ จะกลับมารวมตัวกัน ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้ไปวัดและพูดคุยกัน ผมเลยรู้สึกว่าวัฒนธรรมกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่แยกออกจากกันไม่ได้ และมีผลต่อความรู้สึกและคุณภาพชีวิตของเขามากครับ” (P6)

การเรียนรู้จากประสบการณ์ดังกล่าวทำให้นักศึกษาพัฒนาความไวทางวัฒนธรรม โดยตระหนักว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจำเป็นต้องเคารพและเข้าใจอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ วัฒนธรรมจึงไม่ใช่เพียงบริบทแวดล้อมของการดูแล แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและความหมายที่ส่งผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างแยกไม่ออก

2.3 การพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม

ประสบการณ์การดำเนินกิจกรรมในชุมชนทำให้นักศึกษาต้องสื่อสารและทำงานร่วมกับหลายฝ่าย ทั้งเพื่อนนักศึกษา ผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และวัด การทำงานในลักษณะนี้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้การสื่อสารในสถานการณ์จริง ตั้งแต่การพูดคุย ประสานงาน ไปจนถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน นักศึกษาตระหนักว่าการจัดกิจกรรมให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น จำเป็นต้องอาศัยการวางแผน การแบ่งบทบาทหน้าที่ และการทำงานเป็นทีมอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารที่ชัดเจนและการร่วมมือกันของทุกฝ่ายจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

"เราก็ได้เรื่องของการติดต่อประสานงานกับชาวบ้านและผู้นำหมู่บ้านค่ะ ตอนที่หนูไปก็มีการประสานงานกับวัดเป็นหลักค่ะ ขอความช่วยเหลืออุปกรณ์จากวัดมาใช้ ก็จะมีการเขียนหนังสือขออนุญาตค่ะ แล้วก็มีหนังสือเรียนเกี่ยวกับที่ รพ.สต. การติดต่อผ่านหัวหน้า อสม. ผู้ใหญ่บ้าน และกำนันค่ะ โดยจะมีการประกาศผ่านเสียงตามสาย ถ้าเป็น อสม. ก็จะประกาศผ่านไลน์กลุ่มของหมู่บ้าน ในเวลาที่ไปเยี่ยมบ้านและประเมินภาวะสุขภาพ ก็จะมีการแจ้งวันและเวลาที่จะจัดโครงการกับผู้สูงอายุด้วยค่ะ" (ID4)

"หนูรู้สึกว่าหนูได้เรียนรู้อะไรหลายอย่างมากเลยค่ะ ทั้งการเตรียมตัว การวางแผน การพูดคุยกับชุมชนด้วยค่ะ ได้เจอผู้สูงอายุจริง ๆ ได้ฟังเขาพูด ได้รู้ว่าเขามีปัญหาอะไร มันทำให้หนูเข้าใจมากขึ้นว่าการส่งเสริมสุขภาพมันไม่ใช่แค่การให้ความรู้ แต่มันคือการเข้าไปอยู่กับเขาด้วย ตอนแรกเรายังไม่รู้ว่าจะเริ่มจากตรงไหน แต่พอได้ลองเขียนหนังสือขออนุญาต ติดต่อผู้ใหญ่บ้าน อสม. แล้วก็ใช้เสียงตามสายประชาสัมพันธ์ เห็นเลยว่าคนในชุมชนเขาให้ความร่วมมือ หนูก็ยิ่งรู้สึกว่าการดูแลเขาต้องทำไปพร้อมกับชุมชนจริง ๆ ค่ะ" (P7)

"ได้เรียนรู้ถึงการบริหารงานการจัดโครงการครับ แล้วก็การเตรียมงาน การดำเนินงาน แล้วก็การสรุปงานในโครงการครับ ทำให้เข้าใจถึงการจัดโครงการต่าง ๆ มากขึ้นครับ เพราะว่าในตอนแรก เราอาจจะไม่ได้วางแผนดีเท่าไหร่ แล้วก็มีปัญหาเรื่องเวลา อย่างบางอย่างที่ต้องเตรียมไว้ล่วงหน้าเราก็ลืมไป แต่พอได้ทำไปก็เรียนรู้ว่าถ้าจะทำให้ดี ต้องวางแผนให้รอบคอบกว่านี้ครับ แล้วก็ต้องเผื่อเวลาและมีแผนสำรองไว้ด้วย ไม่งั้นจะเจอปัญหาตอนวันจริงครับ" (P12)

การสื่อสาร การวางแผน และการทำงานเป็นทีมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรมในชุมชนช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากการทำงานร่วมกับผู้อื่นในสถานการณ์จริง โดยมองเห็นว่าความสำเร็จของกิจกรรมเกิดจากการประสานงานและความร่วมมือของทุกฝ่าย ประสบการณ์ดังกล่าวสะท้อนการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญของการปฏิบัติงานพยาบาลในบริบทชุมชน

2.4 การสร้างการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพพยาบาล

กิจกรรมบูรณาการศิลปวัฒนธรรมเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สัมผัสความหมายของการเป็นพยาบาลที่ลึกไปกว่าบทบาทการรักษาทางกาย โดยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุทำให้นักศึกษารับรู้ว่าการพยาบาลคือการสร้างความสุข การให้คุณค่า และการเติมเต็มความหมายในชีวิตของผู้สูงอายุ ประสบการณ์ตรงเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกรักในวิชาชีพ ความเมตตา และความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง

นักศึกษาเริ่มมองเห็นคุณค่าของตนเองในบทบาทพยาบาลผ่านปฏิสัมพันธ์ ความรู้สึกตอบรับ และรอยยิ้มของผู้สูงอายุ ซึ่งหล่อหลอมความภาคภูมิใจและอัตลักษณ์ความเป็นพยาบาลจากการถูกมีอยู่จริงในสถานการณ์ดูแล

“ผมรู้สึกภูมิใจมากที่ได้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เพราะเราได้เอาความรู้ที่เรียนมาไปใช้จริงและถ่ายทอดให้กับผู้สูงอายุโดยตรง ระหว่างกิจกรรม พอเห็นผู้สูงอายุยิ้ม หัวเราะ และมีความสุขกับสิ่งที่เราทำ มันทำให้ผมเห็นชัดเลยว่าพยาบาลสามารถสร้างความสุขให้คนได้ ไม่ใช่แค่ดูแลความเจ็บป่วย แต่เป็นการดูแลชีวิตของเขาในภาพรวมจริง ๆ ครับ” (P6)

“มันเป็นครั้งแรกของหนูเลยค่ะที่ได้จัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุจริง ๆ ในชุมชนตอนที่เราให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายประกอบเพลง เขาก็ตั้งใจทำตาม บางคนยิ้ม บางคนหัวเราะ แล้วเขาก็ชมว่าเราน่ารัก ทำให้หนูรู้สึกว่าเรากำลังทำให้เขามีความสุขจริง ๆ ตรงนั้นมันทำให้หนูรู้ว่าการเป็นพยาบาลไม่ใช่แค่การดูแลร่างกายหรือให้ยา แต่คือการทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า และเราได้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเขาค่ะ” (P7)

“หนูรู้สึกมีความสุขมากค่ะ เหมือนได้ดูแลยายของตัวเอง ผู้สูงอายุจะเข้ามาถามว่าเรากินข้าวหรือยัง ดูแลเรากลับเหมือนกัน มันเป็นความรู้สึกที่เราเทคแคร์เขา แล้วเขาก็เทคแคร์เราค่ะ พอถึงช่วงผูกข้อมือและให้พร หนูรู้สึกใจหาย ไม่อยากจากเขาไป ตรงนั้นทำให้หนูเข้าใจว่าการเป็นพยาบาลไม่ใช่แค่หน้าที่ แต่คือการดูแลกันด้วยหัวใจจริง ๆ ค่ะ” (P11)

ประสบการณ์ที่นักศึกษาถ่ายทอดสะท้อนการก่อรูปอัตลักษณ์ความเป็นพยาบาลผ่านการดำรงอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอย่างมีความหมาย การรับรู้คุณค่าของตนเองไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่เชิงเทคนิค แต่เกิดจากการได้เห็นความสุขและคุณค่าที่ผู้สูงอายุได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ทำให้บทบาทพยาบาลถูกทำให้มีชีวิตและความหมายในโลกแห่งการดูแลจริง

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Heidegger[6] ผลการวิเคราะห์สะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ของนักศึกษาในหลายมิติ ได้แก่ การประเมิน การออกแบบกิจกรรม การสื่อสาร การปรับตัวในสถานการณ์จริง ความไวทางวัฒนธรรม และการก่อรูปจิตวิญญาณความเป็นพยาบาล ซึ่งสามารถอภิปรายผลตามประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรม

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทวัฒนธรรมเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุจากสถานการณ์จริง ไม่ได้เป็นเพียงการนำความรู้ทางทฤษฎีไปถ่ายทอด แต่เป็นกระบวนการเข้าไปมีส่วนร่วม สังเกต และทำความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการประเมินถูกนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้นักศึกษามองเห็นความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุ และสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละคน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Heidegger[6] ที่อธิบายว่าความเข้าใจเกิดจากการดำรงอยู่ในโลกชีวิต (being-in-the-world) และการตีความประสบการณ์ที่บุคคลเผชิญในสถานการณ์จริง รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[9] ที่เน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุควรคำนึงถึงบริบทชีวิตและความแตกต่างเฉพาะบุคคล

นักศึกษารับรู้ว่า การนำศิลปวัฒนธรรมในชุมชนมาผสานกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุเปิดใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น และสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้านสุขภาพกับประสบการณ์ชีวิตของตนเองได้ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า ศิลปวัฒนธรรมทำหน้าที่เป็นสื่อกลางที่เชื่อมโยงความรู้กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Beauchet และคณะ[10] ที่พบว่า กิจกรรมทางศิลปะช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger[11] ที่เน้นว่าการเข้าใจบริบทวัฒนธรรมช่วยให้การดูแลมีความเหมาะสมและเกิดความไว้วางใจ

การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่จริงยังทำให้นักศึกษาต้องเผชิญข้อจำกัด เช่น เวลา ความแตกต่างด้านสมรรถภาพของผู้สูงอายุ และการทำงานในบริบทที่ไม่คุ้นเคย สถานการณ์ดังกล่าวทำให้นักศึกษาได้พัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาและการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง ประสบการณ์เหล่านี้ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการปฏิบัติงานพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้เชิงเปลี่ยนแปลงของ Mezirow[12] ที่อธิบายว่า ประสบการณ์และการไตร่ตรองช่วยให้ผู้เรียนปรับมุมมองและเติบโตทางวิชาชีพ

โดยภาพรวม การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ช่วยให้นักศึกษาเข้าใจการดูแลผู้สูงอายุในบริบทชีวิตจริง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาที่มุ่งพัฒนานักศึกษาให้สามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและเคารพวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

ประเด็นที่ 2 ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการพยาบาล

การใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นฐานในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทำให้นักศึกษาสามารถประยุกต์องค์ความรู้จากห้องเรียนสู่การปฏิบัติจริงในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละราย และการทำงานร่วมกับชุมชน กระบวนการดังกล่าวทำให้ความรู้เชิงทฤษฎีกลายเป็นทักษะที่ใช้ได้จริง เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแล และพัฒนาทักษะการสื่อสาร การประสานงาน และการทำงานเป็นทีมในบริบทชุมชน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา อุดมเลิศ และคณะ[13] ซึ่งพบว่า การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการโดยใช้แหล่งเรียนรู้ในชุมชนและภูมิปัญญาไทย ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถเชื่อมโยงทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติในชุมชนได้อย่างชัดเจน และส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุ

ในมิติทางวัฒนธรรม นักศึกษาตระหนักว่าการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงอารมณ์ ความเชื่อและบริบทวัฒนธรรมควบคู่กับสุขภาพกาย เกิดความรู้สึก “เข้าใจมากขึ้น” และ “เห็นคุณค่าของความเป็นผู้สูงอายุ” สะท้อนถึงความไวทางวัฒนธรรมของนักศึกษา และการปรับมุมมองจากผู้รับบริการสู่บุคคลที่มีศักดิ์ศรีและความหมาย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Jeffreys[14] ที่อธิบายว่า ความไวทางวัฒนธรรมหมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เคารพ และบูรณาการความแตกต่างทางวัฒนธรรมเข้าสู่การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

นอกจากนี้ การที่นักศึกษาสะท้อนความภาคภูมิใจและความผูกพันกับบทบาทพยาบาล แสดงถึงกระบวนการก่อรูป nursing professional identity ผ่านประสบการณ์และปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ การได้เห็นผลของการดูแลต่อความรู้สึกและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุช่วยเสริมสร้างความหมายของการเป็น

พยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ Johnson และคณะ[15] ที่อธิบายว่า อัตลักษณ์วิชาชีพพยาบาลเกิดจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และความสัมพันธ์ในสถานการณ์จริง

โดยภาพรวม ผลลัพธ์การเรียนรู้ในประเด็นนี้ครอบคลุมทั้งความรู้ ทักษะ ความไวทางวัฒนธรรม การทำงานร่วมกับชุมชน และการรับรู้คุณค่าของวิชาชีพ ผ่านประสบการณ์จริงในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทชุมชน

ความใหม่ของผลการศึกษา (novelty)

งานวิจัยนี้มีความใหม่ในสามประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การศึกษาประสบการณ์นักศึกษาพยาบาลในการใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นสื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง 2) การเชื่อมโยงแนวคิดอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ (professional identity) กับกิจกรรมชุมชนเชิงวัฒนธรรม ซึ่งยังมีงานวิจัยในบริบทไทยไม่มาก และ 3) การให้หลักฐานจากงานวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งระบุว่า ศิลปวัฒนธรรมมิใช่เพียงกิจกรรมสันทนาการ แต่เป็น “เครื่องมือทางพยาบาลศาสตร์” ที่สามารถสร้างพลังการเรียนรู้และการดูแลได้จริง

การเชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุของไทย ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับ

1) แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)[16] ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านกลไกชุมชนและการใช้ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม

2) ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี[17] ที่มุ่งเตรียมความพร้อมสังคมสูงวัยและส่งเสริมการใช้ทุนทางวัฒนธรรมและชุมชนเป็นฐานควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

สรุปผลการวิจัย

การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ ผู้สูงอายุได้รับความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ขณะที่นักศึกษาเกิดการเรียนรู้เชิงลึกทั้งด้านความรู้ ความคิด ทักษะ ทัศนคติ และความตระหนักรู้ในบทบาทวิชาชีพผ่านการลงมือปฏิบัติจริงในชุมชน ดังนั้น “วัฒนธรรม” จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กิจกรรมมีพลังและความหมาย และเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับชีวิตจริงของชุมชน ผลการวิจัยชี้ว่ากระบวนการดังกล่าว

ข้อจำกัดของการวิจัย การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ดังนี้

1) การศึกษาดำเนินการในบริบทของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในสถาบันและชุมชนเฉพาะพื้นที่ ผลการศึกษาจึงสะท้อนประสบการณ์ภายใต้บริบทดังกล่าว และอาจแตกต่างจากพื้นที่อื่น

2) การบูรณาการศิลปวัฒนธรรมอิงกับทุนทางวัฒนธรรมของชุมชนในพื้นที่ศึกษา การนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นควรพิจารณาความสอดคล้องด้านวัฒนธรรมและทรัพยากรชุมชน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังคงมีคุณค่าในการสะท้อนประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ใช้เป็นฐานในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1) การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรบูรณาการศิลปวัฒนธรรมที่สอดคล้องบริบทของชุมชนเป็นองค์ประกอบหลัก เนื่องจากช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วม ความสุข และความหมายของการเรียนรู้

2) ควรส่งเสริมทักษะความไวทางวัฒนธรรมให้แก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการหรือกิจกรรมสะท้อนคิด เพื่อเพิ่มความเข้าใจบริบทชุมชนและประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุควบคู่กัน จาก "ผู้ให้บริการ" และ "ผู้รับบริการ" เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และช่วยเสริมความเข้าใจต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและความหมายของกิจกรรมอย่างรอบด้าน

2) ควรขยายการศึกษาไปยังนักศึกษาพยาบาลจากหลายชั้นปีหรือหลายสถาบัน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านทักษะ ความเชื่อ และกระบวนการเรียนรู้ตามระดับการศึกษา

3) ควรศึกษาการพัฒนา "ตัวตนทางวิชาชีพ" ของนักศึกษาพยาบาลในบริบทกิจกรรมชุมชนรูปแบบอื่น เพื่อเปรียบเทียบบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการก่อรูปอัตลักษณ์วิชาชีพพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Patil U, Braun KL. Interventions for loneliness in older adults: a systematic review of reviews. Frontiers in Public Health 2024;12:1427605. doi: 10.3389/fpubh.2024.1427605.
2. Puttaruksa P, Dallas JC, Lakthong S. Perceptions of health problems and healthcare needs of the elderly with respect to culture, beliefs, and ways of life in the Eastern Economic Corridor zone (EEC). NJPH 2023;33(2):150-64. (in Thai)
3. Zeydani A, Atashzadeh-Shoorideh F, Abdi F, Hosseini M, Zohari-Anboohi S, Skerrett V. Effect of community-based education on undergraduate nursing students' skills: a systematic review. BMC Nurs 2021;20(1):233. doi: 10.1186/s12912-021-00755-4.
4. Zhang B, Ma QY, Cui XS, Xiao QG, Jin HY, Chen X, et al. Effectiveness of experiential teaching method on the development of nursing students' skill competence: a systematic review and meta-analysis. Front Nurs 2021;7(4):359-68. doi: 10.2478/fon-2020-0045.
5. Kardong-Edgren S, Cason CL, Brennan MW, Reifsnider E, Hummel F, Mancini M, et al. Cultural competency of graduating BSN nursing students. Nurs Educ Perspect 2010;31(5):278-85.
6. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. Thousand Oaks (CA): Sage publications; 2016.

7. Errasti-Ibarrondo B, Jordán JA, Díez-Del-Corral MP, Arantzamendi M. van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? Nurs Inq 2019;26(1):e12259. doi: 10.1111/nin.12259.
8. Enworo OC. Application of Guba and Lincoln's parallel criteria to assess trustworthiness of qualitative research on indigenous social protection systems. Qual Res J 2023;23(4):372-84.
9. World Health Organization. WHO's work on the UN decade of healthy ageing (2021–2030) [Internet]. 2021 [cited 2026 Feb 27]. Available from: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing
10. Beauchet O, Bastien T, Mittelman M, Hayashi Y, Hau Yan Ho A. Participatory art-based activity, community-dwelling older adults and changes in health condition: results from a pre-post intervention, single-arm, prospective and longitudinal study. Maturitas 2020; 134:8-14. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.01.006.
11. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. J Transcult Nurs 2002;13(3):189-92. doi:10.1177/10436502013003005.
12. Mezirow J. Learning to think like an adult: core concepts of transformative learning theory. In: Taylor EW, Cranton P, editors. Handbook of transformative learning: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2012. p.73-96.
13. Udomlerd M, Tantalanukul S, Netchang S, Mapiw P, Soiphet N, Paksee N. Effects of community-based learning integration of health promotion for the elderly with Thai local wisdom in the Health Problem 1 course on nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2018;10(2):234-47. (in Thai)
14. Jeffreys MR. Teaching cultural competence in nursing and health care. 3rd ed. New York: Springer; 2016.
15. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. Int Nurs Rev 2012;59(4):562-9. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x.
16. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. The 3rd national plan on older persons (2023–2037) [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2022 [cited 2026 Feb 27]. Available from: https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf (in Thai)

17. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand's 20-year national strategy (2018–2037) [Internet]. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2018 [cited 2026 Feb 27]. Available from: https://data.thailand.opendevelopmentmekong.net/th/library_record/thailand-s-20-year-national-strategy-and-thailand-4-0-policy

ความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและโพแทสเซียมต่ำ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

Prevalence of High Sodium and Low Potassium Levels and Factors Associated with Sodium Levels from 24-Hour Urinary Excretion among Patients with Stage 3 Chronic Kidney Disease at Ban Chang Hospital, Rayong Province

ประณีตศิลป์ เชาวน์ลักษณ์สกุล* ศรีสุดา งามขำ**
Praneetsin Chaowalaksakun* Srisuda Ngamkham**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและปริมาณโพแทสเซียมต่ำจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไตกับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a และ 3b จำนวน 126 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลา 2 เดือน เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคว์สแควร์

Received: September 4, 2025 Revised: April 23, 2026 Accepted: April 28, 2026

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอีอีซี ชลบุรี ประเทศไทย 20250. E-mail: Praneetsincha@pim.ac.th

* Lecturer, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Chonburi, Thailand 20250. E-mail: Praneetsincha@pim.ac.th

** Corresponding Author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ วิทยาเขตอีอีซี ชลบุรี ประเทศไทย 20250. E-mail: srisudanga@pim.ac.th

** Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Chonburi, Thailand 20250. E-mail: srisudanga@pim.ac.th

 https://doi.org/10.64767/trcn.2026.277479

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3a (n = 84, 66.67%) และ 3b (n = 42, 33.33%) อายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D. = 7.24) อัตราความชุกปริมาณโซเดียมสูง (> 2,000 มิลลิกรัม/วัน) คือ ร้อยละ 57.90 (n = 73) ส่วนอัตราความชุกปริมาณโพแทสเซียมต่ำ (< 3,510 มิลลิกรัม/วัน) คือ ร้อยละ 100 ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไตไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

สรุปได้ ว่ากลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a และ 3b ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฉาง ร้อยละ 57.90 และ 100.00 มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงสูง (> 2,000 มิลลิกรัม/วัน) และโพแทสเซียมต่ำ (< 3,510 มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและปัจจัยต่าง ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการควรเฝ้าติดตามพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมสูง หรือตรวจระดับของโซเดียมและโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงตามความเหมาะสม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ลดการบริโภคโซเดียม < 2,000 มิลลิกรัม

คำสำคัญ ปัสสาวะ 24 ชั่วโมง การบริโภคโซเดียม โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ภาวะการทำงานของไตลดลง

Abstract

The cross-sectional survey research aimed to explore the prevalence of high sodium and low potassium intake and examine the associations between age, gender, education level, body mass index (BMI), systolic and diastolic blood pressure levels, and estimated glomerular filtration rate (eGFR) with 24-hour urinary sodium excretion. The sample consisted of 126 patients diagnosed with stage 3a and 3b chronic kidney disease (CKD). Data were collected over a two-month period. Research instruments included a general data recording form and a dementia screening tool for elderly patients. Data were analyzed using descriptive statistics and the chi-square test.

The results found that the 84 participants had stage 3a chronic kidney disease (n = 84, 66.67%) while 42 had stage 3b chronic kidney disease (n = 42, 33.33%), with a mean age of 65 years (S.D = 7.24). The prevalence of high 24-hour urinary sodium (> 2,000 mg/day) was 57.90% (n = 73), while the prevalence of low potassium (< 3,510 mg/day) was 100%. The urinary excretion within 24 hours and all factors (gender, education, age, BMI, systolic, diastolic, and eGFR) showed no statistically significant association.

In conclusion, the participants with stage 3a and 3b CKD who received the service from Ban Chang Hospital, Rayong province, had high sodium (> 2,000 mg/d) and low potassium urinary excretion (< 3,510 mg/d). The associations between 24-hour urinary sodium excretion and all factors displayed no statistical significance ($p > .05$). However, healthcare providers should monitor patients' sodium consumption or appropriately test urinary excretion over 24 hours to provide continuous consultation.

Keyword: Urine 24 hours, Sodium consumption, stage 3 Chronic Kidney Disease, Renal insufficiency

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) เป็นภาวะที่ไตมีการทำงานเสื่อมลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-5 เฉลี่ยทั่วโลกพบ ร้อยละ 10[1,2] การศึกษาในประเทศทางตะวันตกพบความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 10.0-15.0[3] ความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ที่ศึกษาในประเทศไทยซึ่งประเมินจากค่า eGFR <60 ml/min/1.73 m^2 ของพื้นที่ผิวกายอย่างเดียว พบความชุก ร้อยละ 6.8-8.5 แต่การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย ในพ.ศ. 2550-2551 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-5 ร้อยละ 17.5 และระยะที่ 3-5 ร้อยละ 8.6[3] อัตราการเสียชีวิตในทุกกลุ่มอายุ ช่วง พ.ศ. 2559-2563 เพิ่มขึ้นจาก 14.24 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากร[4] ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นปัญหาของโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น[3,4]

โรคไตเรื้อรังพบในประชากรทุกภาคของประเทศไทย การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตในภาพรวมของประเทศไทย ในพ.ศ. 2559-2563 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในส่วนของการฟอกเลือด (hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) พบว่า อัตราผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตตั้งแต่ พ.ศ. 2559-2562 มีการฟอกเลือดเพิ่มจาก 72,622 ราย เป็น 129,724 ราย การล้างไตทางช่องท้องเพิ่มจาก 20,216 ราย เป็น 34,467 ราย การปลูกถ่ายไต ลดลงจาก 8,123 ราย เป็น 6,583 ราย ตามลำดับ[5] สรุปได้ว่า การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต แม้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ยืนยาวเท่าคนปกติ

โรคไตเรื้อรังมีผลกระทบต่อตัวชี้วัดภาระโรค (burden of disease) ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต และปีสุขภาวะที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLDs) สำหรับอัตราการเสียชีวิต พบว่า โรคไตเรื้อรังเป็น 1 ใน 20 สาเหตุของการเสียชีวิต โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 12 (ร้อยละ 2.5) ในเพศชาย และอันดับที่ 6 (ร้อยละ 3.5) ในเพศหญิง ส่วนการสูญเสียปีสุขภาวะจะแตกต่างกันตามอายุ เพศ และโรคที่เป็นสาเหตุ ซึ่งพบว่า โรคไตเรื้อรังเป็นสาเหตุของปีสุขภาวะที่สูญเสีย เนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นอันดับที่ 16 ในเพศชาย (ร้อยละ 1.9) และอันดับ 9 ในเพศหญิง (ร้อยละ 2.6) จากสาเหตุหลัก 20 อันดับแรก[6] จึงนับได้ว่าปัญหาโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบต่ออัตราการเสียชีวิต และความสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนั้นการดำเนินงานด้านสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันและการรักษาโรคไตเรื้อรัง

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่สำคัญ คือ การชะลอความเสื่อมของไตในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ไม่ให้ไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้น หรือเสื่อมลงในอัตราที่ช้าที่สุด กำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR เฉลี่ยน้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m^2 ของพื้นที่ผิวกายต่อปี[3] โดยให้โรงพยาบาลขนาดกลาง (30-90 เตียง) ขึ้นไปทุกแห่งมีการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) มีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) ให้มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมกันให้บริการ 2) การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมและควบคุมโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรม ได้แก่ การลดการบริโภคโซเดียมให้น้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน บริโภคโพแทสเซียมไม่เกิน 3,510 มิลลิกรัมต่อวัน[7] การออกกำลังกาย เป็นต้น การให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) มีระบบข้อมูล คือ มีการลงทะเบียนผู้ป่วยเพื่อใช้ในการติดตามการรักษา การประเมินผล การพัฒนาระบบบริการ และการรายงานตัวชี้วัดต่าง ๆ และ 4) ให้มีการทำงานในรูปแบบเครือข่ายกับชุมชน การจัดบริการ CKD clinic ตามที่กล่าวมาจะทำให้ผู้รับบริการมีความรู้ กระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ไม่พึ่งพาผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกและการดำรงชีวิตที่ดี[8] การดำเนินงานเกี่ยวกับลดการบริโภคเค็มหรือลดการบริโภคโซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

การประเมินระดับโซเดียมในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังมีหลายวิธี อาทิ การประเมินพฤติกรรมด้วยการเก็บอาหารทั้งหมดที่มีการบริโภคจริงใน 1 วัน นำมาวิเคราะห์หาปริมาณโซเดียมในอาหารนั้น การชั่งอาหาร การสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง และการตรวจโซเดียมในปัสสาวะ การตรวจโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ถือว่าผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับ และถือว่าเป็นวิธีมาตรฐาน (gold standard method) อย่างไรก็ตามปริมาณโซเดียมที่วิเคราะห์ได้ยังต่ำกว่าค่าปริมาณที่บริโภคจริง เนื่องจากเป็นโซเดียมส่วนที่ถูกขับออกทางปัสสาวะมีประมาณ ร้อยละ 85-95 ของปริมาณที่บริโภค ขับออกทางเหงื่อ ร้อยละ 0.1-0.3 และทางอุจจาระ ร้อยละ 0.1-0.4[9] ในกรณีที่มีภาวะไตวายเรื้อรังการขับโซเดียมทางปัสสาวะ อาจจะมีปริมาณลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่มีภาวะไตเรื้อรัง[10]

การศึกษาปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในกลุ่มตัวอย่างคนจีนที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1-4 จำนวน 800 คน ในจังหวัดหนึ่งในประเทศจีน อายุเฉลี่ย 47 ปี เพศชายและหญิง 423 และ 377 คน ตามลำดับ ผลการวิจัย พบว่า ค่ามัธยฐานของปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 127.20 มิลลิโมล/วัน หรือคำนวณเป็นการบริโภคเกลือ เท่ากับ 7.4 กรัมต่อวัน และพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20.9 ซึ่งบริโภคเกลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีปริมาณโซเดียมสูงกว่าน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชายมีปริมาณโซเดียมสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) นอกจากนี้ภายหลังจากปรับปัจจัยอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย อัตราการกรองของไต โปรตีนในปัสสาวะ และประวัติการรับยาลดความดันโลหิตแล้ว พบว่า ปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และความดันหลอดเลือดแดงเฉลี่ยที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11] นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับปริมาณบริโภคโซเดียมสูงในประชาชนชาวอิหร่าน ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 360 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายบริโภคอาหารมากกว่า 2,472 กิโลแคลอรี่/วัน รับประทานปริมาณผลไม้และผักน้อย มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง มากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า การสำรวจปริมาณโซเดียมและโพแทสเซียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีน้อย รวมทั้งการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมงก็มีน้อยเช่นกัน การศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องชะลอการดำเนินของโรคด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการลดการบริโภคเค็ม การมีข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงให้ผู้ป่วยรับรู้ด้วยข้อมูลทางคลินิกจึงเป็นสิ่งสำคัญ และการบริโภคเค็มยังคงเป็นปัญหาสำคัญของคนไทยทุกภาค เพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีการ

บริโภคโซเดียมสูง หรือบริโภคโพแทสเซียมต่ำหรือไม่ การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้การตรวจโซเดียมและโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยในฐานะเป็นอาจารย์ คาดหวังว่าผลการวิจัยที่ได้รับจะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการชี้ให้เห็นปัญหาการรับประทานโซเดียมเกินมาตรฐานทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดแนวทางเกี่ยวกับการตรวจโซเดียมหรือโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง อันเป็นประโยชน์ต่อการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองในเรื่องการลดการบริโภคโซเดียมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ 120 เตียง ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะนำไปสู่การจัดบริการเพื่อป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อมโดยเน้นการลดการบริโภคเค็ม หรือสร้างสรรค์นวัตกรรมการตรวจโซเดียมในอาหารหรือในปัสสาวะ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่ศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรม[10-12] ซึ่งปริมาณโซเดียมและโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เกิดจากการบริโภคอาหาร การขับออกของไต และอัตราการกรองของไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 แบ่งเป็น ระยะที่ 3a มีอัตราการกรองลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วน ระยะที่ 3b มีอัตราการกรองลดลงปานกลางถึงรุนแรง นับเป็นกลุ่มที่มีการทำหน้าที่อัตราการกรองของไตบกพร่อง มีการขับปริมาณโซเดียมและโพแทสเซียมออกมาในปัสสาวะได้มากน้อยต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้อัตราการกรองไตเปลี่ยนไป จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ปัจจัยที่ สัมพันธ์ ได้แก่ ตัวแปรอายุ[10] เพศ[12] ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต[11] มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. อัตราความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและปริมาณโพแทสเซียมต่ำจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นอย่างไร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไตเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราความชุกของปริมาณโซเดียมสูง และปริมาณโพแทสเซียมต่ำจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross sectional survey research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (eGFR 30-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) จำนวน 556 คน[13] เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ในปีพ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 คำนวณจากจำนวนประชากร 556 คน กำหนดที่ร้อยละ 30[14] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 167 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18-75 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่ได้รับยาขับปัสสาวะ 4) ไม่มีอาการอุจจาระร่วง 5) ไม่ใช่สตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร 6) ไม่ได้จำกัดอาหารประเภทโปรตีนสูง (high protein diet) หรืออาหารพลังงานต่ำ (hypocaloric diet) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7) ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีคะแนน 26 คะแนนขึ้นไป และ 8) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างลืมเก็บปัสสาวะและปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่เก็บได้น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้จริง 126 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 ทั้งนี้สาเหตุที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล และมีอาการป่วยติดเตียงหรือมีโรคจิตเวช ไม่สามารถมาเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิบัติการวิจัย ได้แก่

1.1 เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบ sphygmomanometer ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (calibration) แล้ว ด้วยการวัดความดันโลหิตก่อนทำการสอบถามข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง และภายหลังการสอบถามข้อมูล จำนวน 1 ครั้ง ใช้ค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตซิสโตลิก จำนวน 3 ครั้ง และค่าเฉลี่ยของค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก จำนวน 3 ครั้ง

1.2 เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของโรงพยาบาล ซึ่งผ่านการสอบเทียบความเที่ยงตรง (calibration) แล้ว

1.3 อุปกรณ์เก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ได้แก่ แกลลอนพลาสติกมีฝาปิด ความจุ 5 ลิตร กรวยตวงปัสสาวะ สำหรับเก็บปัสสาวะทั้งชายและหญิง มีกล่องโฟมสำหรับแช่แกลลอนที่เก็บรวบรวมปัสสาวะ และเอกสารคำแนะนำการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

1.4 เครื่องตรวจวัดโซเดียมและโพแทสเซียมด้วยวิธี indirect-iron selective electrode ซึ่งผ่านการสอบเทียบความเที่ยงตรงประจำปีแล้ว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจร่างกายและสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต

ซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก สำหรับดัชนีมวลกาย คำนวณจากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตร^2)[15]

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกโรคประจำตัวและค่าประเมินอัตราการกรองของเสียของไต (eGFR) มีข้อคำถาม 2 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว และ eGFR สำหรับโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เลือกตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” สำหรับ eGFR บันทึกค่าตัวเลขตามจริง โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ค่า eGFR > 90 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ระดับ 2 มีค่า eGFR 60-89 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ระดับ 3a มีค่า eGFR 45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ระดับ 3b มีค่า eGFR 30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ระดับ 4 มีค่า eGFR 15-29 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี ระดับ 5 มีค่า eGFR <15 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ได้แก่ ปริมาณปัสสาวะ ปริมาณโซเดียม และปริมาณโพแทสเซียม ซึ่งมีหน่วยเป็นมิลลิกรัมและสามารถคำนวณเป็นมิลลิโมล (ปริมาณโซเดียม (กรัม) = ปริมาณโซเดียม (มิลลิโมล) x 0.023)[16] แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1) ปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หมายถึง มีปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง >2,000 มิลลิกรัม

2) ปริมาณโซเดียมต่ำในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หมายถึง มีปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ≤ 2,000 มิลลิกรัม[6,11,16]

สำหรับปริมาณโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1) ปริมาณโพแทสเซียมสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หมายถึง มีปริมาณโพแทสเซียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง > 3,510 มิลลิกรัม

2) ปริมาณโพแทสเซียมต่ำในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง หมายถึง มีปริมาณโพแทสเซียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ≤ 3,510 มิลลิกรัม[10]

2.2 เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Thai Mental State Examination, TMSE)[17] เป็นการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ดำเนินการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity test) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญไตเทียม และนักเทคนิคการแพทย์ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) และคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งชุด (system content validity) ได้เท่ากับ 0.9 ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้อย่างน้อย 0.8 [18]

2. การตรวจโซเดียมและโพแทสเซียม ใช้มาตรฐานตามหลักการปฏิบัติของห้องตรวจชันสูตรของโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ด้วยวิธี indirect-iron selective electrode ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงประจำปีแล้ว

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ หมายเลขใบรับรอง PIM-REC 013/2568 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วม การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมข้าร่วมวิจัยและระบุการรักษาความลับของข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมผู้วิจัยเก็บรวมรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากกลุ่มตัวอย่างภายหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ ใช้เวลา 2 เดือน 11 วัน ระหว่างวันที่ 1 เดือนมิถุนายน ถึงวันที่ 11 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ณ งานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ขั้นตอนการชี้แจงและเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยแล้ว มีดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุมัติทำวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้วได้ชี้แจงโครงการวิจัยแก่หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และทีมพยาบาลงานบริการโรคเรื้อรัง ทีมพยาบาลงานบริการโรคเรื้อรังได้ทำการคัดกรองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และส่งให้แก่ทีมผู้วิจัย

2. ทีมผู้วิจัยประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือคัดกรอง TMSE เป็นการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม ใช้คัดกรองกลุ่มที่มีอายุ >60 ปี หรือมีอาการหลงลืมชัดเจน มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 26 คะแนนขึ้นไปถือว่าปกติ

3. ชี้แจงโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างรับทราบ รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมในเอกสารเพื่อแสดงการยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างทุกราย สอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และตรวจร่างกาย ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณเป็นดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต บันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล

4. อธิบายขั้นตอนการเก็บปัสสาวะ ซึ่งเป็นการเตรียมกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ทีมวิจัยชี้แจงวิธีการเก็บปัสสาวะและมอบเอกสารแนะนำก่อนวันเก็บปัสสาวะแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค[19] ดังนี้

4.1 มอบเอกสารคำแนะนำการเก็บปัสสาวะ และอุปกรณ์แกลลอนสำหรับการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง โดยตื่นเช้ามาให้ปัสสาวะทิ้งก่อน 1 ครั้ง หลังจากนั้นเก็บปัสสาวะทุกครั้ง ในระหว่างวัน เป็นเวลา 24 ชั่วโมงหรือ 1 วัน ให้นำแกลลอนที่เก็บปัสสาวะนี้แช่น้ำแข็งในกล่องโฟมไว้ จนครบ 24 ชั่วโมง ใช้เวลาสอบถามและชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 นาที/คน

4.2 มอบภาชนะซึ่งใช้เป็นอุปกรณ์สำหรับเก็บปัสสาวะ ได้แก่ บรรจุภัณฑ์หรือแกลลอนปริมาตร 5 ลิตร มีฝาปิด 2 ชั้น และอธิบายการติดป้ายชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง สาธิตวิธีนำแกลลอนไปแช่ในถังใส่น้ำแข็ง และเก็บในที่ร่มหรือพ้นแสงแดดหรือแสงจ้า

4.3 อธิบายวันที่เก็บปัสสาวะว่า ถ่ายปัสสาวะครั้งแรกเมื่อตื่นนอนตอนเช้า ทิ้งไปก่อน 1 ครั้ง เริ่มเก็บรวบรวมปัสสาวะจริงเมื่อปัสสาวะครั้งที่ 2 และเก็บติดต่อกันทุกครั้งที่กลุ่มตัวอย่างถ่ายปัสสาวะ สำหรับผู้ชายยืนถ่ายปัสสาวะในกระบอกตวง แล้วเทใส่แกลลอนที่มีกรวยรองรับ สำหรับผู้หญิงนั่งยอง ๆ

ถ่ายปัสสาวะลงในกระบอกตวง แล้วเทใส่แกลลอนที่มีกรวยรองรับ เก็บปัสสาวะทุกครั้งจนครบ 24 ชั่วโมง ในครั้งสุดท้ายให้ถ่ายปัสสาวะและเก็บปัสสาวะครั้งแรกของวันรุ่งขึ้นหลังตื่นนอน ถือเป็นการเก็บปัสสาวะครั้งสุดท้าย ระหว่างที่เก็บปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะบูดเน่า ให้แช่แกลลอนในลังโฟมที่ใส่น้ำแข็งและปิดฝาไว้ หากลืมเก็บปัสสาวะหรือปริมาณปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ที่เก็บได้น้อยกว่า 500 มิลลิลิตรต่อคน หรือมีปัสสาวะหก/หายไปเกิน 50 มิลลิลิตร ต้องเริ่มเก็บปัสสาวะใหม่ในวันถัดไป

4.4 บอกวิธีการนำแกลลอนที่ใช้เก็บรวบรวมปัสสาวะจนครบปริมาณที่กำหนดแล้วปิดฝาให้สนิท และนำแกลลอนปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ส่งให้แก่ทีมวิจัยที่งานบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อส่งตรวจปัสสาวะภายใน 1-2 ชั่วโมงที่ห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

5. ทีมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกซึ่งข้อมูลมาจากระบบบันทึกเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ของห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะข้อมูลจะด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์ความชุก ณ จุดเวลา (point of prevalence) คิดเป็น ร้อยละ ดังนี้

2.1 อัตราความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง คำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง > 2,000 มิลลิกรัม หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคูณด้วยหนึ่งร้อย

2.2 อัตราความชุกของกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโพแทสเซียมต่ำในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง คำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโพแทสเซียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ≤ 3,510 มิลลิกรัม หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคูณด้วยหนึ่งร้อย

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอัตราการกรองไต กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ใช้สถิติไคว์สแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level) เท่ากับ 0.05 กรณีค่าความคาดหวังในเซลล์น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้สถิติการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลงานวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 ราย อายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D. = 7.24) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี จำนวน 64 คน (ร้อยละ 50.80) เป็นเพศหญิง จำนวน 76 คน (ร้อยละ 60.30) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 94 คน (ร้อยละ 74.60) สถานภาพสมรส จำนวน 65 คน (ร้อยละ 51.59) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 84 คน (ร้อยละ 66.67) ดัชนีมวลกาย 25-29.9 Kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 2) จำนวน 48 คน (ร้อยละ 38.10) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥140 mmHg จำนวน 36 คน (ร้อยละ 28.60) ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก < 80 mmHg จำนวน 93 คน (ร้อยละ 73.80) ระยะไตเรื้อรัง ระยะ 3a (45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) จำนวน 84 คน (ร้อยละ 66.70) โรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 115 คน (ร้อยละ 91.30) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (N = 126)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Mean = 65 ปี (S.D. = 7.24)		
41-50 ปี	7	5.60
51-60 ปี	22	17.50
61-70 ปี	64	50.80
71-75 ปี	33	26.20
เพศ		
ชาย	50	39.70
หญิง	76	60.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	6.30
ประถมศึกษา	94	74.60
มัธยมศึกษา	17	13.50
ประกาศนียบัตร	4	3.20
ปริญญาตรี	3	2.40
สถานภาพสมรส		
โสด	13	10.32
สมรส	65	51.59
หม้าย หย่า แยก	48	38.10
อาชีพ		
เกษตรกรรม	10	7.94
รับจ้าง	23	18.25
ค้าขาย (ขายของชำ)	9	7.14
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	84	66.67
ดัชนีมวลกาย		
< 18.5 Kg/m^2 (ผอม หรือดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์)	3	2.40
18.5-22.9 Kg/m^2 (ร่างกายสมส่วน)	27	21.40
23-24.9 Kg/m^2 (ดัชนีมวลกายเกินหรือโรคอ้วนระดับ 1)	16	12.70
25-29.9 Kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 2)	48	38.10
≥ 30 Kg/m^2 (โรคอ้วนระดับ 3)	32	25.40
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก		
<120 mmHg	35	27.80
120-129 mmHg	21	16.70
130-139 mmHg	34	27.00
≥140 mmHg	36	28.60

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (N = 126)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ไดแอสโตลิก		
<80 mmHg	93	73.80
80-84 mmHg	20	15.90
85-89 mmHg	9	7.10
≥90 mmHg	4	3.20
ระยะไตเรื้อรัง		
ระยะ 3a (45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	84	66.70
ระยะ 3b (30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	42	33.30
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	85	67.50
ความดันโลหิตสูง	115	91.30
ไขมันในเลือดสูง	112	88.90
เกาต์	9	7.14

ตอนที่ 2 ศึกษาอัตราความชุกของปริมาณโซเดียมสูงและปริมาณโพแทสเซียมต่ำจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

อัตราความชุกการบริโภคโซเดียมสูงและโพแทสเซียมต่ำ ซึ่งแสดงด้วยจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีปริมาณโซเดียม โพแทสเซียม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (> 2,000 มิลลิกรัม) คิดเป็นอัตราความชุก ร้อยละ 57.90 (n=73) ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโพแทสเซียมสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (> 3,510 มิลลิกรัม) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีปริมาณโซเดียม โพแทสเซียม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (N = 126 ราย)

รายการ	จำนวน	อัตราความชุก (ร้อยละ)
ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง		
≤ 2,000 มิลลิกรัม	53	42.10
> 2,000 มิลลิกรัม	73	57.90
ปริมาณโพแทสเซียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง		
≤ 3,510 มิลลิกรัม	126	100.0
รวม	**126**	**100.00**

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

3.1 ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตซิสโตลิก ความดันโลหิตไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไตกับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p >.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับปริมาณโซเดียมปัสสาวะ (N = 126)

ปัจจัย	ปริมาณโซเดียมปัสสาวะ 24 ชั่วโมง		df	χ^2	p-value
	ต่ำ (≤ 2,000 mg)	สูง (> 2,000 mg)			
อายุ					
≤ 60 ปี	10	19	1	.888	.346
> 60 ปี	43	54			
เพศ					
ชาย	19	31	1	.562	.454
หญิง	34	42			
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษาและระดับประถมศึกษา	42	60	1	.173	.678
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	11	13			
ดัชนีมวลกาย					
< 25 Kg/m^2	24	22	1	3.039	.081
≥ 25 Kg/m^2	29	51			
ความดันโลหิตซิสโตลิก					
< 140 mmHg	40	50	1	.733	.392
≥ 140 mmHg	13	23			
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
< 90 mmHg	50	72	1	1.847*	.174
≥ 90 mmHg	3	1			
อัตราการกรองของไต					
45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	36	48	1	.065	.799
30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	17	25			

***** Fisher's Exact Test

3.2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปริมาณโซเดียมจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ (> 2,000 มิลลิกรัม/วัน) พบในเพศหญิง (ร้อยละ 33.33) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 24.60) ระดับการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 47.62) มีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ (> 2,000 มิลลิกรัม/วัน) มากกว่ากลุ่มปริญญาตรี (ร้อยละ10.32) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 3a มีปริมาณโซเดียม > 2,000 มิลลิกรัม/วัน มากที่สุด (48 ราย, ร้อยละ38.10) และมีค่าเฉลี่ยโซเดียมเท่ากับ 3,352.50 (S.D = 1,264.93) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีโซเดียม >2,000 มิลลิกรัม/วัน มีค่าเฉลี่ย 3,387.80 (S.D = 1,370.96) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีปริมาณโซเดียมต่ำและสูงในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ (N=126 ราย)

ปัจจัย	ปริมาณโซเดียม ≤ 2,000 mg (n = 53 ราย)				ปริมาณโซเดียม > 2,000 mg (n = 73 ราย)			
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.
เพศ								
ชาย	19	15.08	1,841.18	875.64	31	24.60	3,769.00	1,607.63
หญิง	34	26.98	1977.37	1,020.44	42	33.33	2,971.50	958.63
ระดับการศึกษา								
ไม่ได้เรียนและระดับประถมศึกษา	42	33.33	1,418.64	414.27	60	47.62	3,287.57	1,337.34
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	11	8.73	1,527.20	362.52	13	10.32	2,229.15	203.29
ไตเรื้อรัง								
ระยะ 3a	36	28.57	1,357.10	453.63	48	38.10	3,352.50	1.264.93
ระยะ 3b	17	13.49	1,456.70	389.08	25	19.84	3,228.70	1.459.17
อายุ								
≤ 60 ปี	10	7.94	1,496.80	373.00	19	15.08	2,971.00	1,199.49
> 60 ปี	43	34.13	1,4080.00	419.44	54	42.86	3,429.50	1,357.73
ดัชนีมวลกาย								
< 25 Kg/m^2	24	19.05	1,490.50	466.49	22	18.25	3.130.10	1,225.84
≥ 25 Kg/m^2	29	23.02	1,370.40	354.09	51	39.68	3,387.80	1,370.96
ความดันโลหิต								
ซิสโตลิก < 140 mmHg	40	31.75	1,378.30	413.40	50	39.68	3,250.30	1,388.51
≥ 140 mmHg	13	10.32	1,567.90	374.99	23	18.25	3,440.20	1,196.89
ไดแอสโตลิก < 90 mmHg	50	39.68	1,421.40	408.76	72	57.14	3,270.70	1,291.30
≥ 90 mmHg	3	2.38	1,481.20	504.05	1	0.79	6,147.90	0.00
อัตราการกรองของไต								
45-59 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี	36	28.57	1,456.73	389.08	48	38.10	3,307.78	1,278.56
30-44 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี)	17	13.49	1,507.14	773.75	25	19.84	3,328.74	1,612.43

การอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ตามลำดับต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาอัตราความชุกของปริมาณโซเดียมสูง และปริมาณโพแทสเซียมต่ำจากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a และ 3b

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบอัตราความชุกปริมาณโซเดียมสูงมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม จากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เท่ากับ ร้อยละ 57.90 (n = 73) อภิปรายว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a และ 3b ซึ่งมีอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 ml/min/1.73 m^2 โดยปกติค่าโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงมีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมที่บริโภคเข้าไป เมื่อร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมเกินกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน ตามที่องค์การ

อนามัยโลกกำหนด ร่างกายจำเป็นต้องขับโซเดียมส่วนเกินออกทางปัสสาวะ ข้อมูลนี้บ่งชี้ถึงการบริโภคโซเดียมมากเกินความต้องการของร่างกาย จึงควรลดการบริโภคอาหารรสเค็ม แต่อย่างไรก็ตาม ปริมาณโซเดียมที่วิเคราะห์จากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง อาจมีค่าที่ต่ำกว่าปริมาณโซเดียมที่บริโภคจริง เนื่องจากเป็นโซเดียมส่วนที่ถูกขับออกทางปัสสาวะซึ่งมีประมาณ ร้อยละ 85-95 ของปริมาณที่บริโภค นอกจากนี้มีการขับออกทางเหงื่อ ร้อยละ 0.1-0.3 และขับออกทางอุจจาระ ร้อยละ 0.1-0.4[9]

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เท่ากับ 2,517.10 (S.D. = 1,398.31) ปริมาณโซเดียมอยู่ระหว่าง 386.40-8,763.00 มิลลิกรัม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่าผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 ในประเทศจีน จำนวน 800 ราย มีอายุเฉลี่ย 47 ปี พบค่าเฉลี่ยโซเดียมในปัสสาวะ เท่ากับ 7,400 มิลลิกรัม/วัน และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 20.9 มีการบริโภคโซเดียมต่อวันน้อยกว่า 5,000 มิลลิกรัม[11] แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมต่อวันในปริมาณที่น้อยกว่าการศึกษาในประเทศจีน แต่อย่างไรก็ตามปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ และระยะของไตเรื้อรัง นอกจากนี้ผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างคนไทยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 118 คน ใช้วิธีการประเมินการบริโภคโซเดียมจากการสอบถามการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมเฉลี่ย 1,720.09 มิลลิกรัม/วัน ปริมาณโซเดียมอยู่ระหว่าง 186.06 - 8,841.43 มิลลิกรัม/วัน[20] ผลการวิจัยที่แตกต่างกันนี้น่าจะเป็นเพราะวิธีการประเมินปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะอาจมีผลกระทบต่อความดันโลหิตและความเสื่อมของไต เนื่องจากการบริโภคเกลือมากทำให้ระดับโซเดียมในพลาสมาสูงขึ้นชั่วขณะ เกิดกลไกการขับน้ำภายในเซลล์สู่นอกเซลล์ ขณะเดียวกันความเข้มข้นของโซเดียมในพลาสมาที่สูงขึ้น จะกระตุ้นศูนย์กระหายน้ำ ส่งผลให้มีการดื่มน้ำเพิ่มมากขึ้นและหลั่งฮอร์โมนต้านปัสสาวะ กลไกเหล่านี้ช่วยปรับสมดุลความเข้มข้นของโซเดียมในพลาสมาให้กลับสู่ระดับปกติ ในทางตรงกันข้ามความเข้มข้นของโซเดียมในปริมาณสูงจะยับยั้งระบบเรนิน-แอนจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ซึ่งมีส่วนช่วยในการปรับสมดุลของโซเดียมและน้ำในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการปรับสมดุลของโซเดียมโดยการเพิ่มปริมาตรของเหลวภายนอกเซลล์ประมาณ 5 – 10% ของน้ำหนักตัว จึงไม่มีอาการบวมน้ำที่ปลายแขนและขา และการทำงานของหัวใจและตับเป็นปกติ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งระบบเรนิน-แอนจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรนถูกกระตุ้นอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดและการกักเก็บโซเดียมซึ่งมีส่วนสำคัญในการเพิ่มระดับความดันโลหิต[21] ดังนั้นการตรวจพบกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน จึงควรได้รับคำแนะนำให้ลดการบริโภคเค็ม

สำหรับอัตราความชุกปริมาณโพแทสเซียมน้อยกว่า 3,510 มิลลิกรัม/วัน จากการตรวจปัสสาวะ 24 ชั่วโมง เท่ากับร้อยละ 100 อภิปรายได้ว่า ไตทำหน้าที่ควบคุมสมดุลของโพแทสเซียมโดยการกรองผ่านโกลเมอรัส การดูดกลับและการขับโพแทสเซียมที่ renal tubule เมื่อมีภาวะโพแทสเซียมสูงจะกระตุ้นการสร้าง aldersterone ทำให้ดูดกลับของโซเดียมและน้ำร่วมด้วยและเพิ่มการขับโพแทสเซียมที่ collecting duct ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมภายในเซลล์ลดลง เกิดการกระตุ้นการดูดกลับโซเดียม และกระตุ้นการขับโพแทสเซียมออกทางปัสสาวะ[22] ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณโพแทสเซียมในปัสสาวะน้อย อาจเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารที่มีโพแทสเซียมในปริมาณน้อย สอดคล้องตามคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย[23] และองค์การอนามัยโลก[24] ที่แนะนำให้บริโภคโพแทสเซียมจากอาหารปริมาณอย่างน้อย 3,510 มิลลิกรัม/วัน หรือ 90 มิลลิโมล/วัน โดยกำหนดอัตราส่วนโดยน้ำหนักของการบริโภคโซเดียม

ต่อโพแทสเซียมจากอาหาร ควรน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.6 ต่อวัน ทั้งนี้จะเป็นการชะลอภาวะไตเสื่อม เพราะโพแทสเซียมจะทำงานตรงข้ามกับโซเดียม ช่วยให้มีการขับโซเดียมออกมากขึ้น ลดปริมาณน้ำในเซลและแรงต้านของหลอดเลือด ทำให้ความดันที่กรวยไตลดลง ส่งผลให้การรักษาสภาพการทำงานของไตคงที่ ดังนั้น การบริโภคโพแทสเซียมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการทำหน้าที่ของไตบกพร่อง ควรมีการบริโภคโพแทสเซียมอย่างเพียงพอและสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย[23]

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก ตัวแปรที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ เช่น อายุ เพศ และระดับการศึกษา ผลการวิจัย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง อภิปรายได้ว่า การได้รับโซเดียมของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมที่มีความคล้ายคลึงกันตามบริบทของลักษณะกลุ่มตัวอย่างในอำเภอบ้านฉาง เช่น การบริโภคอาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารที่มีโซเดียมสูงซึ่งพบได้ทั่วไป ทำให้ความแตกต่างของอายุ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมที่ขับออกทางปัสสาวะ ความแปรปรวนอาจไม่กว้างพอที่แสดงถึงความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจนตามความแตกต่างของอายุ เพศ หรือการศึกษา

ปัจจัยอายุไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง จากข้อมูลทั่วไปพบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 65 ปี และในกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสูงถึง 3,429.50 มิลลิกรัม/วัน ในขณะที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะเพียง 2,971.00 มิลลิกรัม/วัน ทั้งนี้เพราะอายุที่มากขึ้นร่วมกับมีโรคความดันโลหิตสูงย่อมได้รับยารักษาความดันโลหิต ซึ่งมีกลไกการขับโซเดียมออก จึงทำให้มีการบริโภคโซเดียมสูง สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศจีนที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติรับยาลดความดันโลหิตมีปริมาณโซเดียมสูงในปัสสาวะ[11] เมื่อพิจารณาเพศในกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน พบว่า เพศชายมีค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสูงมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายพบปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ เท่ากับ 3,769.00 มิลลิกรัม/วัน ส่วนเพศหญิงพบปริมาณโซเดียมในปัสสาวะเท่ากับ 2,971.50 มิลลิกรัม/วัน อธิบายได้ว่า เพศชายอาจจะมีการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมมาก ทำให้ปริมาณโซเดียมถูกขับออกมาทางปัสสาวะมาก สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศอิหร่าน ที่ระบุว่าเพศชายบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูง แต่บริโภคผลไม้และผักน้อย มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสูงมากกว่าเพศหญิง[12]

เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ศึกษาและมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษามีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ เท่ากับ 3,287.57 มิลลิกรัม/วัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษามีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ เท่ากับ 2,229.15 มิลลิกรัม/วัน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา อาจมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ หรือจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการบริโภครสเค็มได้ ซึ่งตรงกันข้ามกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาในประชาชนทั่วไป[25]

ประเด็นที่สอง ตัวแปรที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต ไม่มีความสัมพันธ์กับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เช่นเดียวกัน อธิบายว่า ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นมวลกล้ามเนื้อและไขมันหารด้วยส่วนสูง ซึ่งไม่สะท้อนกลไกสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมสมดุลโซเดียมได้โดยตรง ทั้งนี้การขับโซเดียมขึ้นอยู่กับการทำงานของไตและระบบฮอร์โมน เช่น Renin-Angiotensin-Aldosterone System รวมถึงการบริโภคโซเดียมเป็นหลัก เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน พบว่า ดัชนีมวลกายที่น้อยกว่า 25 Kg/m^2 กับกลุ่มที่มากกว่าและเท่ากับ 25 Kg/m^2 (ตารางที่ 3) พบว่า ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสูงกว่ากันเล็กน้อยคือ 3,130.10 มิลลิกรัม/วัน และ 3,387.80 มิลลิกรัม/วัน ตามลำดับ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายสูงขึ้นมีแนวโน้มว่าปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมีมากขึ้น

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตกับปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ลฎาภา ดีไมล์ อรวมน ศรียุกตศุทธ และจงจิต เสน่หา[20] พบว่า การบริโภคโซเดียมไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนบำบัดทดแทนไต อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าความดันซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg มีปริมาณโซเดียมในปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีค่าความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 140 mmHg คือ 3,250.30 มิลลิกรัม/วัน และ 3,440.20 มิลลิกรัม/วัน ตามลำดับ และอาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าความดันซิสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg มีเพียงร้อยละ 28.60 และมีค่าความดันไดแอสโตลิกสูงกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg มีเพียงร้อยละ 3.20 สำหรับปัจจัยอัตราการกรองของไต การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมีค่า eGFR อยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร มีอัตราการกรองอยู่ในระดับปานกลาง จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 77 มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 89 เบาหวาน ร้อยละ 67 และมีปริมาณโซเดียมสูง ร้อยละ 58 อธิบายได้ว่า การทำหน้าที่ของไตที่ลดลงอาจจะมีผลมาจากหลายปัจจัย เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น โรคประจำตัว และการรับประทานโซเดียมสูง แต่ด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีจำนวนน้อย การวิเคราะห์ทางสถิติจึงไม่มีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง เพียงแห่งเดียว จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำกัด จำนวนน้อย จึงเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความแตกต่างหลากหลาย (hetergenour population) และยังเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เท่านั้น การศึกษานี้ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของไตในการควบคุมสมดุลของโซเดียมและโพแทสเซียม เช่น ยาต้านความดันโลหิต ยาต้านระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน ยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบาหวาน หรือกลุ่มยา NSAID นอกจากนี้ ยังอาจมีความคลาดเคลื่อนของการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมงที่อาจส่งผลต่อการตรวจวิเคราะห์ปริมาณโซเดียมและโพแทสเซียมได้

สรุป

งานวิจัยนี้ศึกษากลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3a และ 3b เท่านั้น ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง มีอัตราความชุกปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงสูง (> 2,000 มิลลิกรัม) คือ ร้อยละ 57.90 ส่วนอัตราความชุกปริมาณโพแทสเซียมต่ำ (< 3,510 มิลลิกรัม/วัน) คือ ร้อยละ 100 และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณโซเดียมในปัสสาวะและปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก และอัตราการกรองของไต จึงไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลคลินิกโรคไตเรื้อรังควรแจ้งผลการตรวจโซเดียมและโพแทสเซียมในปัสสาวะให้กลุ่มตัวอย่างทราบทุกราย และให้คำชมเชยสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับโซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน และให้แนะนำสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน เพื่อให้ลดการบริโภคเค็ม ลดการใส่เครื่องปรุงรส และมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. พยาบาลคลินิกโรคไตเรื้อรังควรส่งต่อผู้ป่วยที่มีระดับโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน ปรึกษาแพทย์เพื่อส่งต่อนักโภชนบำบัดโรคไต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบเดิม โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวนโรงพยาบาลและเพิ่มกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 เพื่อให้มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลาย เพื่อลดข้อจำกัดด้านความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัย

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการกรองของไตลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของไตในการควบคุมสมดุลของโซเดียมและโพแทสเซียม เช่น การได้รับยาต้านความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาต้านเบาหวาน หรือยากลุ่ม NSAID

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร หรือแหล่งที่มาของอาหาร จากร้านค้าที่ไม่มีการประกอบอาหารด้วยเครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมการเตรียมอาหาร การปรุงอาหารเอง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ที่ได้สนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัย และขอขอบพระคุณผู้บริหาร และพยาบาลทุกท่านจากโรงพยาบาลบ้านฉาง จังหวัดระยอง ที่ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. International Society of Nephrology. ISN-global kidney health atlas: a comprehensive resource on kidney care worldwide [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://www.theisn.org/global-atlas
2. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. Kidney Int Suppl 2022;12(1):7-11. doi: 10.1016/j.kisu.2021.11.003.
3. Ministry of Public Health, Department of Medical Services. Thailand medical services profile 2011-2014. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2014.
4. Wichitsuntornkul K, editor. Epidemiology and review of chronic kidney disease prevention measures [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 12]. http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/ระบาดวิทยา65.pdf (in Thai).
5. The Nephrology Society of Thailand. (2020). Thailand renal replacement therapy: year 2020 [Internet]. 2020 [cited 2025 Jun 12]. Available from: https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf
6. International Health Policy Program. Thai population health burden and injury report, 2019. Bangkok: Handy Press; 2020.
7. World Health Organization. Sodium reduction [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction
8. Grudniewicz A, Gray CS, Boeckxstaens P, De Maeseneer J, Mold J. Operationalizing the chronic care model with goal-oriented care. Patient 2023;16(6):569-78. doi: 10.1007/s40271-023-00645-8.
9. Vijitsoonthornkul K, Rangsin R, Sakboonyarat B, Srichan Y, Madosod A, Ukritchon S. Sodium Intake in Thai population assessed by 24-hour urinary sodium excretion: a cross-section study. Journal of Health Science 2023;32(1):5-18.
10. Yimsawat S. The prevalence of high sodium intake among Maehongson population, Thailand. J Nephrol Soc Thail 2022;28(4):61 (in Thai)
11. Sun L, Duan S, Zuo C, Sun Z, Nie G, Zhang C, et al. Characteristics of urinary sodium excretion in patients with chronic kidney disease in Jiangsu, China. J Clin Hypertens (Greenwich) 2021;23(7):1372-79. doi: 10.1111/jch.14307.
12. Gholami A, Ramezani AM, Heshmati M, Hariri M. Factors related to high sodium intake based on 24-hour urinary sodium excretion in population aged 50 years and older. Sci Rep 15;34330(2025). doi: 10.1038/s41598-025-16700-3.
13. Banchang Hospital, Rayong Province. Chronic kidney disease information from medical record 2023 [Internal document]. Rayong: Banchang Hospital; 2023. (in Thai)

14. Akakul T. Research methodology in behavioral sciences and social sciences. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani Rajabhat University; 1999. (in Thai)
15. Department of Health, Ministry of Public Health. BMI [Internet]. 2020 [cited 2026 Mar 7]. Available from: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/bmi
16. World Health Organization. WHO global report on sodium intake reduction [Internet]. 2023. [cited 2026 Mar 7]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240069985
17. Tachapaitoon A, Kumthornthip W, Tosayanonda O. Thai mental state examination in stroke patients. J Thai Rehabil 2000;9(3):120-4. (in Thai)
18. Thiensawat S. Instrument development for nursing research. Chiang Mai: Siam Pim Nana; 2019. (in Thai)
19. Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Nonthong NCDs Division. 24-hour urine collection manual for healthcare workers. Bangkok: Aksorn Graphic and Design; 2021. (in Thai)
20. Demile L, Sriyuktasuth A, Saneha C. Factors predicting sodium consumption in patients with predialysis chronic kidney disease. J Health Nurs Res 2022;38(2):210-3. (in Thai)
21. Borrelli S, Provenzano M, Gagliardi I, Michael A, Liberti ME, De Nicola L, et al. Sodium intake and chronic kidney disease. Int J Mol Sci 2020;21(13):4744. doi: 10.3390/ijms21134744.
22. Jandaboot K, Kritmetapak K. Potassium binders for hyperkalemia in patients with chronic kidney disease. J Nephrol Soc Thail 2024;30(2):133-44.
23. The Nephrology Society of Thailand. Clinical practice recommendation for evaluation and management of chronic kidney disease in adults [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 6]. Available from: https://www.nephrothai.org/ckd-2/
24. World Health Organization. Sodium reduction [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction
25. Rangsin R, Sakboonyarat B, Ukritchon S, Vichitsunthornkul K, Srichan Y, Mas-O-Sot A. Sodium intake assessed by 24-hour urinary sodium excretion: a cross-sectional study [Internet]. 2022 [cited 2026 Mar 7]. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1730620250818140932.pdf (in Thai)

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

The Effects of a Preparation Program Integrated with Religious Beliefs on Pain Coping Behaviors During the First Stage of Labor Among Primiparous Muslim Women

นูไรฮัน หิแต* ธีริศ เทพเฉลิม สร้อยฟ้า ปิ่นสุวรรณ*****
Nuraihan Hitae* Teeris Thepchalerm Soifah Pinsuwan*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากับผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก ณ โรงพยาบาลระดับทุติยะภูมิ จังหวัดยะลา จำนวน 41 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 21 ราย จัดกลุ่มตามลำดับเวลา เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวด ของ Dick-Read ร่วมกับหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม (CVI = .90) ดำเนินการในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวด 5 ด้าน ปรับปรุงจากแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และแบบวัดความกลัวและความปวดประเมินด้วยสายตา เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Bonferroni correction (α = .025)

Received: December 25, 2025 Revised: April 25, 2026 Accepted: April 29, 2026

* พยาบาวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบันนังสตา ยะลา ประเทศไทย 95310. E-mail: nuraihan4815111@gmail.com
* Registered Nurse, Professional Level, Bannangsata Hospital, Yala, Thailand 95310.
E-mail: nuraihan4815111@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการจัดการธุรกิจการบิน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100.
E-mail: Teeris.the@mfu.ac.th
** Assistant professor, School of Management, Mae Fah Luang university, Chiang Rai, Thailand 57100.
E-mail: Teeris.the@mfu.ac.th
*** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เชียงราย ประเทศไทย 57100. E-mail: Soifah.pin@mfu.ac.th
*** Corresponding Author, Lecturer, School of nursing, Mae Fah Luang university, Chiang Rai, Thailand 57100. E-mail: Soifah.pin@mfu.ac.th

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Mdn = 5.0 และ 4.0, U = 90.0, p < .001, r = .49) และระยะเปลี่ยนผ่าน (Mdn = 4.0 และ 0.0, U = 55.0, p < .001, r = .63) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมที่บูรณาการความเชื่อทางศาสนาอิสลามสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดได้ และควรพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้คลอดมุสลิมในบริบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนคลอด ความกลัวการคลอด ความปวดระยะคลอด พฤติกรรมการเผชิญความปวด ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

Abstract

This quasi-experimental study compared pain coping behavior scores during the first stage of labor between primigravida Muslim women who received an Islamic-integrated childbirth preparation program and those who received standard care. The sample consisted of 41 primigravida Muslim women at a secondary hospital care in Yala Province, assigned to an experimental (n = 20) and control group (n = 21) via time-based allocation. The intervention was developed from Dick-Read's Fear-Tension-Pain Theory integrated with Islamic practices including zikrullah, du'a, and Quran recitation, delivered across antenatal and intrapartum phases (CVI = .90). The data collection instrument was a pain coping behavior observation form covering five domains adapted from an existing labor pain coping observation tool (Cronbach's α = .85), with Visual Analog Scales for fear and pain as monitoring instruments. Data were analyzed using Mann-Whitney U test with Bonferroni correction (α = .025).

The experimental group had significantly higher pain coping behavior scores during both the active phase (Mdn = 5.0 vs. 4.0, U = 90.0, p < .001, r = .49) and transition phase (Mdn = 4.0 vs. 0.0, U = 55.0, p < .001, r = .63). These findings suggest that Islamic-integrated childbirth preparation effectively promotes pain coping behaviors and should be considered as a nursing practice guideline for Muslim women in culturally diverse settings.

Keywords: childbirth preparation, fear of childbirth, labor pain, pain-coping behavior, Muslim women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความกลัวการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรกเป็นปัญหาสำคัญในการพยาบาลทางสูติศาสตร์ เนื่องจากผู้คลอดครรภ์แรกขาดประสบการณ์การคลอดบุตร ซึ่งเป็นกระบวนการทางสรีรวิทยาที่มีความซับซ้อน ก่อให้เกิดความกลัวการคลอด และความปวดในระหว่างคลอด[1,2] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความกลัวการคลอด (fear of childbirth) ในผู้คลอดครรภ์แรกมีความชุกประมาณร้อยละ 20-40 และในบางบริบทอาจสูงถึงร้อยละ 50 โดยมีระดับความกลัวสูงกว่าผู้คลอดครรภ์หลังอย่างมีนัยสำคัญ[3] ความกลัว เป็นการรับรู้ทางด้าน

จิตใจที่เกิดจากความไม่แน่นอนของกระบวนการคลอด การรับรู้ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเองและทารก รวมถึงการขาดความมั่นใจในการเผชิญความปวด ตามแนวคิด Fear Tension Pain[4] ความกลัวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้มีการหลั่ง catecholamines และ cortisol เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การหดรัดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ การไหลเวียนเลือดไปยังรกลดลง ระยะคลอดยาวนาน และเพิ่มโอกาสในการใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น การใช้เครื่องดูดสูญญากาศ และการผ่าตัดคลอด[1] นอกจากนี้ความกลัวที่เพิ่มขึ้นยังสัมพันธ์กับการรับรู้ความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้นในระยะคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ครรภ์แรก[1,5]

ระยะคลอด เป็นระยะที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ทารกคลอดออกมา โดยมีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของทารก[6] ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดจะเพิ่มขึ้นตามความก้าวหน้าของการเปิดปากมดลูก โดยในระยะปากมดลูกเปิดช้า (latent phase) มักสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและความไม่มั่นใจ ขณะที่ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) ความปวดจะรุนแรงและถี่ขึ้น หากผู้คลอดขาดทักษะการเผชิญความปวดที่เหมาะสม อาจเกิดการเกร็งกล้ามเนื้อและการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้วงจรความกลัวและความปวดดำเนินต่อเนื่อง[5,7] ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดมักมีระดับการรับรู้ความปวดในระยะคลอดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) และระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) ซึ่งเป็นช่วงที่การหดรัดตัวของมดลูกมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ความปวดที่รุนแรงและต่อเนื่องอาจนำไปสู่ความอ่อนล้า ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น[8] และพฤติกรรมการเผชิญความปวดอาจไม่เหมาะสม

พฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดครรภ์แรก หมายถึง การแสดงออกที่ผู้คลอดใช้แก้ไขกับความปวดในระยะคลอด ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ผู้คลอดที่วิตกกังวลมากมักซักถามบ่อยและขาดความมั่นใจในการเผชิญความปวด ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ร้องโวยวาย ดิ้นไปมา เกร็งกล้ามเนื้อ[9] ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยังมดลูกลดลง ทำให้การหดรัดตัวของมดลูกไม่มีประสิทธิภาพ และอาจสัมพันธ์กับความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารก[8,9] การศึกษาของศุภลักษณ์ อิ่นแก้ว[10] พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดชาวเขาครรภ์แรกซึ่งเป็นปัญหาคือ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหวหรือการเบ่งคลอด ร้องครวญครางเสียงดัง หายใจสั้นและเร็ว เกร็งกล้ามเนื้อ กำมือแน่น เอามือจับราวเตียง หรือทุบบริเวณหน้าท้องขณะเจ็บครรภ์ สะท้อนถึงการขาดทักษะในการเผชิญความเจ็บปวดและการควบคุมตนเองในระยะคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนคลอดที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การฝึกเทคนิคการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการเสริมสร้างความมั่นใจ สามารถลดระดับความปวด ระยะเวลาและการใช้สูติศาสตร์หัตถการในระยะคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ[11-13] การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการลดความปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมของผู้คลอด รวมถึงส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น การศึกษาที่มีการเตรียมความพร้อมก่อนคลอดทำให้ผู้คลอดมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมมากขึ้น ได้แก่ ไม่ร้องโวยวาย ไม่ดิ้นไปมา หรือไม่เกร็งกล้ามเนื้อ มีระดับความปวดต่ำกว่า และมีแนวโน้มการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม[14,15] แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่ถูกต้องมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ของการคลอด อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ระหว่างคลอดสามารถช่วยลดระดับความกลัว ความรุนแรงของความปวด และการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ[16,17]

ผู้รับบริการการคลอด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อและแนวปฏิบัติทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและสุขภาพ ความเชื่อดังกล่าวถูกนำมาใช้เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ สร้างความสงบ ลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้คลอดสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เช่น การสวดภาวนา การระลึกถึงพระเจ้า และการยอมรับต่อบททดสอบตามหลักศรัทธา ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะคลอด และส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความสามารถในการควบคุมตนเองและปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้ดียิ่งขึ้น[18]

การเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการเผชิญและลดความปวดของผู้คลอด รวมถึงส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมามีการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมและการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดหลากหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการเตรียมคลอดตามแนวคิด การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Jacobson relaxation) การฝึกเทคนิคหายใจ (Lamaze breathing techniques) และการใช้สมาธิ และเทคนิคทางจิตสังคมอื่น ๆ สามารถลดความวิตกกังวล ลดระดับความปวดและส่งเสริมพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่เหมาะสมได้อย่างมีนัยสำคัญ[17,19] หลักการสำคัญของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนคลอดคือการเสริมสร้างการควบคุมอารมณ์และเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ซึ่งช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก และลดการรับรู้ความเจ็บปวดในระยะคลอด นอกจากนี้ ในบริบทของผู้คลอดมุสลิม ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ ความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การอ่านอัลกุรอาน การรำลึกถึงพระเจ้า และการยึดมั่นในความศรัทธา เป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ มีรายงานว่าการยึดมั่นในศาสนาสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่ลดลง[20] การควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น และการรับรู้ความปวดที่ลดลง อย่างไรก็ตามโปรแกรมเตรียมคลอดส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการให้ความรู้แต่ยังขาดการบูรณาการความเชื่อทางศาสนาอิสลามอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทย[21]

จากที่กล่าวมา ผู้วิจัยเป็นพยาบาลในพื้นที่ที่มีประชากรผู้คลอดมุสลิมที่หนาแน่น รวมถึงปฏิบัติงานในหน่วยงานสูติกรรมที่ให้การดูแลทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ได้เห็นถึงปัญหาและผลกระทบดังกล่าว จึงต้องการพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดในผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิด “วงจรความกลัว-ความเครียด-ความปวด” (fear-tension-pain cycle) ของ Grantly Dick-Read[4] ซึ่งอธิบายว่าความกลัวเป็นปัจจัยเริ่มต้นที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความปวดในระยะคลอด กลไกดังกล่าวจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนกลุ่ม catecholamines เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการหดรัดตัวของมดลูกและการไหลเวียนเลือด ทำให้ผู้คลอดมีการรับรู้ความปวดที่รุนแรงเพิ่มขึ้น[2] นอกจากนี้ ความกลัวและความเครียดยังส่งผลต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่ไม่เหมาะสมของผู้คลอด เช่น การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางสีหน้า และการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคลอด[2,7]

โปรแกรมการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดที่ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา รวมถึงการฝึกทักษะการหายใจและการผ่อนคลายอย่างเหมาะสม ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด มีส่วนสำคัญในการลดระดับความกลัว ความเครียด และบรรเทาความปวดของผู้คลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16,17] นอกจากนี้ การบูรณาการหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามที่เน้นการยอมรับในหลักกำหนดสภาวการณ์ของอัลลอฮฺ ร่วมกับการยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณผ่านการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน การกล่าว ซิกรุลลอฮฺและการอ่านดุอาอ์ สามารถช่วยเสริมสร้างสภาวะจิตใจให้สงบ มั่นคง และสร้างพลังใจในการเผชิญกับการคลอด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการลดความวิตกกังวลและความเครียดในระยะคลอด[22] จากหลักการและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ระยะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยให้คำแนะนำรายบุคคล (Educational Intervention) ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับกระบวนการคลอด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายเพื่อลดความกลัว รวมถึงฝึกทักษะการเผชิญความปวดร่วมกับการส่งเสริมจิตวิญญาณตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การฟังอัลกุรอาน การกล่าวซิกรุลลอฮฺ และการอ่านดุอาอ์ โดยใช้เวลา 10 นาที จากนั้นมอบสื่อวิดีทัศน์ เรื่อง “การเตรียมตัวคลอดตามวิถีอิสลาม” ให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปรับชมที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง ตลอดโปรแกรมในระยะตั้งครรภ์ และทบทวนอีกอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด

2. ระยะคลอด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอด ผู้วิจัยจัดให้รับชมวิดีทัศน์ทบทวนอีกครั้งในห้องรอคลอด พร้อมสาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacological pain relief) ประกอบด้วย การหายใจอย่างถูกวิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการปฏิบัติศาสนกิจ (การกล่าวซิกรุลลอฮฺ การอ่านดุอาอ์ และการฟังอัลกุรอาน) เป็นเวลา 10 นาที เพื่อเสริมสร้างความสงบทางจิตใจและลดระดับความกลัว ความเครียด และความปวด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเอง

คำถามการวิจัย

1. ค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ หรือไม่ อย่างไร

2. ค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาสูงกว่าผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านในกลุ่มทดลอง ก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา

2. เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดของผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม เตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา

2. ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา มีค่ามัธยฐานของพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group, pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์และวางแผนคลอด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดยะลา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ซึ่งมีจำนวนประมาณ 40 ราย ต่อเดือน (ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดยะลา พ.ศ. 2565-2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusions criteria) ได้แก่ 1) อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป มาฝากครรภ์และวางแผนการคลอดที่โรงพยาบาล 2) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทย 4) มีโทรศัพท์ที่สามารถส่งไฟล์วีดิทัศน์ได้ 5) ทารกในครรภ์มีสุขภาพดี (EFM category I) ไม่มีขี้เทาปนในน้ำคร่ำ 6) แรกรับอยู่ในระยะ latent phase (ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร) และ 7) ดูวีดิทัศน์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์ 2) ได้รับยาระงับปวดหรือยาชาในระยะที่ 1 ของการคลอด 3) ความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติ 4) สิ้นสุดการคลอดด้วยการทำสูติศาสตร์หัตถการหรือผ่าคลอด และ 5) ระยะที่ 1 ของการคลอดน้อยกว่า 3 ชั่วโมง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.05 แบบสองทาง (two-tailed test) สำหรับสถิติ independent t-test และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับสูง (Cohen, d = 0.80) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบรายงานค่าอิทธิพลในระดับสูง เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ กลุ่มละ 25 ราย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการดำเนินการวิจัย (dropout rate) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเวลา (time-based allocation) โดยช่วงแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และช่วงถัดมาเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยอบรมและประสานงานกับพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ เกี่ยวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดกรองข้อมูลเบื้องต้นและจัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมกับตรวจสอบความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานเพื่อประเมินความเท่าเทียมกันของกลุ่มก่อนเริ่มการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2567 รหัสโครงการ 35/2567 ภายหลังจากพยาบาลวิชาชีพคัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและให้อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มอาสาสมัครทุกรายยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และถูกนำเสนอในภาพรวม เอกสารการถูกเก็บอย่างมิดชิดเป็นเวลา 5 ปี หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Grantly Dick-Read[4] เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนคลอด การจัดการความกลัว และความปวดในระยะคลอด ร่วมกับในโปรแกรมฯ แบ่งเป็น

1.1 ระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคล จากนั้นจะได้ชมวีดิทัศน์เป็นเวลา 30 นาที เนื้อหาประกอบด้วย การแนะนำสถานที่คลอด ระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และการจัดการความกลัวและความปวด ตามวิถีอิสลาม ได้แก่ การยอมรับในกำหนดการณ์ของอัลลอฮฺ และการยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณผ่านการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน การกล่าวซิกรุลลอฮฺ และการอ่านดุอาอ์ จากนั้นผู้วิจัยสาธิตวิธีการจัดการความกลัวและความปวดในระยะคลอดตามแนวปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การกล่าวซิกรุลลอฮ การขอดุอาอ์ การอ่าน หรือการฟัง อัลกุรอาน ใช้เวลา 10 นาที จากนั้นส่งไฟล์วิดีทัศน์ดังกล่าวผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน และมีการติดตามการรับชมวีดิทัศน์เป็นระยะทุกสัปดาห์จนกระทั่งถึงระยะคลอดซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องรับชมวีดิทัศน์อย่างน้อย 3 ครั้ง

1.2 ระยะคลอด ผู้คลอดได้รับชมวิดีทัศน์ดังกล่าวอีกครั้งที่ห้องคลอด เพื่อทบทวนความรู้และเสริมสร้างความมั่นใจในการนำวิธีการจัดการความกลัวและความปวดตามวิถีมุสลิมไปใช้ในระยะที่ 1 ของการคลอด สาธิตและฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การหายใจอย่างถูกวิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การควบคุมอารมณ์ และเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ ร่วมกับการปฏิบัติศาสนกิจ (การกล่าวซิกรุลลอฮฺ การอ่านดุอาอ์ และการฟังอัลกุรอาน) เป็นเวลา 10 นาที เพื่อเสริมสร้างความสงบทางจิตใจและลดระดับความกลัว ความเครียด และความปวด หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้เทคนิคการบรรเทาปวดที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัว ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด โดยปรับปรุงจากการศึกษาของเยาวรัตน์ ดุสิตกุล[22] มาใช้ทั้ง 3 ระยะของการคลอด ได้แก่ ระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกด้านคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ และ การแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ช่วงคะแนนคือ 0, 1, 2 คะแนน รวม 0-10 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-5.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมน้อยกว่า และหากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเฉลี่ย 5.01-10.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมมากกว่า

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบบันทึกการติดตามการดูวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลอง (observation checklist) ประกอบด้วยจำนวนครั้งในการเข้าชมวิดิทัศน์ครบตามกำหนด ใช้มาตรานามบัญญัติ (nominal scale)

3.2 แบบวัดระดับความกลัวด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ลักษณะเป็นแบบวัดชนิดเส้นตรง (line scale) ความยาว 10 เซนติเมตร ซึ่งปลายด้านซ้ายมีค่าเป็น “0 = ไม่กลัวเลย” และปลายด้านขวามีค่าเป็น “10 = กลัวมากที่สุด” กำหนดให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายบนเส้นตรงตามระดับความรู้สึกกลัวของตนเองใช้มาตรวัดแบบอันตรภาค (interval scale)

3.3 แบบวัดระดับความปวดด้วยสายตา (Visual Analog Scale: VAS) ลักษณะเป็นแบบวัดชนิดเส้นตรง (line scale) ความยาว 10 เซนติเมตร เช่นเดียวกับการวัดความกลัว โดยปลายด้านซ้ายกำค่าเป็น “0 = ไม่ปวดเลย” และปลายด้านขวามีค่าเป็น “10 = ปวดมากที่สุด” ให้ผู้คลอดทำเครื่องหมายแสดงระดับความปวดที่ตนเองรับรู้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้คลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยมีผู้ประเมิน จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับการฝึกให้มีความเข้าใจในการใช้เครื่องมือในแนวทางเดียวกัน จากนั้นให้ผู้ประเมินทั้งสองคนทำการสังเกตและประเมินพฤติกรรมของผู้คลอดในช่วงเวลาเดียวกันอย่างอิสระ แล้วนำผลการประเมินมาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้สถิติ Cohen’s Kappa พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.80 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจัดเข้ากลุ่มตามลำดับเวลาของการมารับ

บริการที่หน่วยฝากครรภ์และเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม ผู้ช่วยวิจัย คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด และได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัยโดยผู้วิจัย ก่อนที่จะให้การพยาบาลและประเมินผู้คลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการทดลอง ระยะตั้งครรภ์ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองได้รับการประเมินจากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยในแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินสุขภาพมารดาและทารก และประเมินระดับความกลัวการคลอด

การดำเนินการทดลอง แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม

1.1) ระยะตั้งครรภ์ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ตามปกติจากผู้วิจัย

1.2) ระยะคลอดเมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่ห้องคลอด จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินการหดรัดตัวของมดลูก การฟังเสียงหัวใจทารก และการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ ผู้ช่วยวิจัยประเมินระดับความกลัวและความปวดโดยใช้แบบประเมินแบบสายตา (VAS) ในระยะปากมดลูกเปิดช้า (0-3 เซนติเมตร) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร)

2) กลุ่มทดลอง

2.1) ระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนาอิสลามโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้โปรแกรม ที่แผนกฝากครรภ์ ประกอบด้วย (1) การให้หญิงตั้งครรภ์ชมวิดีทัศน์เกี่ยวกับสถานที่คลอด ระยะของการคลอด การปฏิบัติตัวขณะรอคลอด และวิธีการจัดการความกลัวและความปวดตามวิถีมุสลิม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที (2) การสาธิตวิธีการจัดการความกลัวและความปวดในระยะคลอด ได้แก่ การกล่าว ซิกรุลลอฮ การขอดุอาอ์ การอ่านหรือฟังอัลกุรอานและการรับประทานอินทผาลัม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที (3) การมอบไฟล์วิดีทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามการรับชมวีดิทัศน์เป็นระยะทุกสัปดาห์จนกระทั่งคลอด

2.2) ระยะคลอด เมื่อผู้คลอดมารับบริการที่ห้องคลอด จะได้ชมวีดิทัศน์เพื่อทบทวนเนื้อหาของโปรแกรมอีกครั้งเป็นเวลา 10 นาที ที่ห้องรอคลอด จากนั้นผู้วิจัยพากลุ่มทดลองมาที่เตียงรอคลอด เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 1 ของการคลอดพยาบาลประจำห้องคลอดที่เป็นผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินระดับความกลัว และความปวดโดยใช้แบบประเมินแบบสายตา (VAS) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ในกลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการประเมินพฤติกรรมการเผชิญความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ประเมินโดยพยาบาลประจำห้องคลอดที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ระหว่างการศึกษา กลุ่มควบคุมเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวน 4 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 21 ราย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 20 ราย สรุปกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดคือ 41 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มใช้สถิติ Chi-square test หากจำนวนความถี่ที่คาดหวังน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้สถิติ Fisher's exact test แทน สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ และอายุครรภ์เมื่อคลอด ใช้สถิติ Mann-Whitney U test[23]

3. การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้สถิติ non-parametric สำหรับการวิเคราะห์ตัวแปรตามทุกตัว ด้วยเหตุผล 3 ประการ ประการแรก กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (n = 20-21) ซึ่งการทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Shapiro-Wilk test มีกำลังทดสอบต่ำ อาจยอมรับสมมติฐานว่างทั้งที่ข้อมูลไม่ได้แจกแจงเป็นปกติ[24] ประการที่สองตัวแปรหลายตัวมีผลเพดาน (ceiling effect) อย่างชัดเจน โดยเฉพาะคะแนนความปวดในระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มควบคุม ซึ่งมีพิสัยแคบมากและเบ้ซ้ายอย่างรุนแรง ประการที่สาม แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความปวดมีลักษณะเป็นผลรวมของรายการที่มีคะแนน 0 หรือ 1 จำนวน 5 ด้าน คะแนนรวมจึงเป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่อง (discrete) มีค่าที่เป็นไปได้จำกัด ไม่เหมาะสมกับการใช้สถิติ parametric การใช้สถิติชุดเดียวกันทุกตัวแปรยังช่วยให้การรายงานมีความสอดคล้องและเปรียบเทียบขนาดอิทธิพลข้ามตัวแปรได้โดยตรง[24]

4. เปรียบเทียบตัวแปรตามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ พฤติกรรมการเผชิญความปวด โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test รายงานค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR) เป็นค่าสถิติหลัก พร้อมรายงานค่า r = Z/√N เป็นขนาดอิทธิพล โดยตีความตามเกณฑ์ของ Cohen กล่าวคือ r = .10 ขนาดเล็ก r = .30 ขนาดปานกลาง และ r = .50 ขนาดใหญ่[25]

5. เนื่องจากตัวแปรกำกับการทดลอง หรือตัวแปรส่งผ่านได้แก่ ความกลัว ความปวด ส่งผล ไปยังตัวแปรคือ พฤติกรรมเผชิญความปวด ดำเนินการถูกวัดซ้ำใน 2 ระยะของการคลอด คือระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 เซนติเมตร) และระยะเปลี่ยนผ่าน (8–10 เซนติเมตร) การทดสอบหลายครั้งบนตัวแปรตามเดียวกันอาจเพิ่มโอกาสความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 สะสม จึงปรับค่านัยสำคัญด้วยวิธี Bonferroni correction กล่าวคือ α = .05/2 = .025 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มในแต่ละระยะถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า $p < .025$[23] สำหรับการทดสอบที่ไม่มีการวัดซ้ำ ได้แก่ การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มและการเปรียบเทียบก่อนและภายหลังภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย (n = 20) มีค่ามัธยฐานของอายุ 25.0 ปี (IQR = 9.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 85.0) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 45.0) อาศัยในครอบครัวขยาย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60.0) มีรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 50.0) มีจำนวนครั้งฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 80.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการ

ตั้งครรภ์ จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 55.0) และไม่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาก่อน จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 75.0) มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์เมื่อคลอด 40.0 สัปดาห์ (IQR = 1.75)

กลุ่มควบคุมจำนวน 21 ราย (n = 21) มีมีค่ามัธยฐาน ของอายุ 23.0 ปี (IQR = 3.5) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 71.4) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 10 ราย (ร้อยละ 47.6) ประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 71.4) อาศัยในครอบครัวขยาย จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 57.1) มีรายได้ครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) มีจำนวนครั้งฝากครรภ์ตามเกณฑ์ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 61.9) และไม่เคยได้รับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดมาก่อน จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 90.5) มีค่ามัธยฐานของอายุครรภ์เมื่อคลอด 39.0 สัปดาห์ (IQR = 1.0)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ	*p*-value
อายุ (ปี) Median (IQR)	23.0 (3.5)	25.0 (9.5)	Mann-Whitney U	140.5	.068
สถานภาพสมรส					
โสด	6 (28.6)	3 (15.0)	Fisher's Exact Test		.454
คู่	15 (71.4)	17 (85.0)			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2 (9.5)	3 (15.0)	Chi-square test	1.22	.942
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (28.6)	3 (15.0)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10 (47.6)	11 (55.0)			
ปริญญาตรี	1 (4.8)	1 (5.0)			
อื่น ๆ	2 (9.5)	2 (10.0)			
อาชีพ					
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15 (71.4)	9 (45.0)	Chi-square test	7.15	.128
รับจ้าง	3 (14.3)	3 (15.0)			
เกษตรกร	2 (9.5)	1 (5.0)			
อื่น ๆ	1 (4.8)	7 (35.0)			
ลักษณะครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	9 (42.9)	8 (40.0)	Chi-square test	0.03	.853
ครอบครัวขยาย	12 (57.1)	12 (60.0)			
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	7 (33.3)	8 (40.0)	Fisher's Exact Test		.694
5,000–10,000	13 (61.9)	10 (50.0)			
10,001–15,000	1 (4.8)	2 (10.0)			

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 21)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	สถิติทดสอบ	ค่าสถิติ	*p*-value
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					
ต่ำกว่า 5,000	7 (33.3)	8 (40.0)	Fisher's Exact Test		.694
5,000–10,000	13 (61.9)	10 (50.0)			
10,001–15,000	1 (4.8)	2 (10.0)			
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์					
ตามเกณฑ์	13 (61.9)	16 (80.0)	Chi-square test	1.62	.203
ไม่ตามเกณฑ์	8 (38.1)	4 (20.0)			
การวางแผนการตั้งครรภ์					
วางแผน	8 (38.1)	9 (45.0)	Chi-square test	0.20	.654
ไม่ได้วางแผน	13 (61.9)	11 (55.0)			
การเตรียมตัวเพื่อการคลอด					
เคยได้รับ	2 (9.5)	5 (25.0)	Fisher's Exact Test		.238
ไม่เคยได้รับ	19 (90.5)	15 (75.0)			
อายุครรภ์เมื่อคลอด (สัปดาห์) Median (IQR)	39.0 (1.0)	40.0 (1.75)	Mann-Whitney U	147.0	.087
การแตกของถุงน้ำคร่ำ					
แตกเอง	19 (90.5)	18 (90.0)	Fisher's Exact Test		1.000
เจาะถุงน้ำ	2 (9.5)	2 (10.0)			
ลักษณะน้ำคร่ำ					
ใส	19 (90.5)	16 (80.0)	Fisher's Exact Test		.410
ขี้เทาปนเล็กน้อย	2 (9.5)	4 (20.0)			
ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวมดลูก					
ได้รับ	7 (33.3)	6 (30.0)	Chi-square test	0.05	.819
ไม่ได้รับ	14 (66.7)	14 (70.0)			

หมายเหตุ: สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่มรายงาน จำนวน (ร้อยละ) สำหรับตัวแปรต่อเนื่องรายงาน Median (IQR) ใช้ Fisher's Exact Test เมื่อมี expected count < 5 มากกว่าร้อยละ 20[20]

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทุกตัวแปร (ตารางที่ 1) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพื้นฐานเท่าเทียมกันก่อนเริ่มการทดลอง จึงนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับต่อไป ดังนี้

ความกลัวการคลอดและความปวด

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนความกลัวการคลอดก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา ในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ระยะเวลา	Median (IQR)	Z	*p*-value	r
ก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	66.5 (18.5)	−3.920	< .001	0.88
หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ	44.0 (14.5)			

กลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยค่ามัธยฐานลดลงจาก 66.5 เป็น 44.0 คะแนน ($Z = -3.920$, $p < .001$) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง (r = 0.88)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความกลัวการคลอดและความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา (n = 20) และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
ความกลัวการคลอด					
ระยะปากมดลูกเปิด 4–7 ซม.	60.0 (23.75)	95.0 (18.0)	40.0	< .001**	.69
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซม.	78.0 (30.75)	99.0 (2.0)	26.5	< .001**	.75
ความปวด					
ระยะปากมดลูกเปิด 4–7 ซม.	73.5 (19.0)	92.0 (29.0)	100.0	.004**	.45
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซม.	97.0 (7.0)	100.0 (1.0)	93.0	.001**	.48

Mann-Whitney U test; **$p < .01$; Bonferroni adjusted $\alpha = .025$; $r = Z/\sqrt{N}$; r = .10 ขนาดเล็ก, r = .30 ขนาดปานกลาง, r = .50 ขนาดใหญ่[21]

กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนามีคะแนนความกลัวการคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซ.ม. ($U = 40.0$, $p < .001$, $r = .69$) และระยะเปลี่ยนผ่าน 8–10 ซ.ม. ($U = 26.5$, $p < .001$, $r = .75$) และค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ในด้านความปวด กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองระยะ ($p = .004$ และ $.001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ($r = .45–.48$) ผลดังกล่าวยืนยันว่า โปรแกรมฯ สามารถลดความกลัวและความปวดในระยะคลอดได้ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่สนับสนุนการมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสม

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความปวด (คะแนนรวม) ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

ระยะ	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
ระยะปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.	5.0 (0.0)	4.0 (2.5)	90.0	< .001**	.49
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8-10 ซม.	4.0 (2.0)	0.0 (3.0)	55.0	< .001**	.63

Mann-Whitney U test; **p < .01; Bonferroni adjusted α = .025; r = Z/√N

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองระยะ (p < .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงใหญ่ (r = .49–.63) ความแตกต่างเด่นชัดในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งค่ามัธยฐานของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 0 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 5) สะท้อนว่าผู้คลอดส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมไม่สามารถใช้พฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมได้ในช่วงที่ความปวดรุนแรงที่สุด ขณะที่กลุ่มทดลองยังคงมีพฤติกรรมการเผชิญความปวดได้ (Median = 4.0)

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความปวดรายด้าน ในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

ด้าน / ระยะ	กลุ่มทดลอง Median (IQR)	กลุ่มควบคุม Median (IQR)	U	*p*-value	r
1. ด้านการพูด					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.0)	170	.045	.16
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (1.0)	81	< .001**	.53
2. ด้านการออกเสียง					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (1.0)	124	.002**	.35
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (0.5)	82	< .001**	.52
3. ด้านการเคลื่อนไหว					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.5)	152	.015*	.24
8–10 ซม.	1.0 (0.0)	0.0 (1.0)	91	< .001**	.48
4. ด้านการควบคุมการหายใจ					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (1.0)	142	.008**	.27
8–10 ซม.	0.5 (1.0)	0.0 (0.0)	125	.005**	.35
5. ด้านสีหน้า					
4–7 ซม.	1.0 (0.0)	1.0 (0.5)	160	.023*	.20
8–10 ซม.	1.0 (0.75)	0.0 (1.0)	112	.004**	.40

Mann-Whitney U test; *p < .025; **p < .01; Bonferroni adjusted α = .025; ด้านการพูด 4–7 ซม. p = .045 > .025 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้งสองระยะ ได้แก่ ด้านการออกเสียง ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการควบคุมการหายใจ และด้านสีหน้า รวมถึงด้านการพูดในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ยกเว้นด้านการพูดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังปรับค่าด้วย Bonferroni correction ($p = .045 > .025$) ทั้งนี้ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มปรากฏชัดเจนในระยะเปลี่ยนผ่าน (8-10 เซนติเมตร) ทุกด้าน โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (r = .35–.53) (ตารางที่ 5)

การอภิปรายผลการวิจัย

จาการศึกษาสามารถอภิปรายตามสมมติฐานได้ ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนา โดยมีค่ามัธยฐานลดลงจาก 66.5 เป็น 44.0 คะแนน (Wilcoxon $Z = -3.920$, $p < .001$, r = .88) ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงและผู้คลอดทุกรายในกลุ่มทดลองมีคะแนนความกลัวลดลง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวดของ Dick-Read[4] ที่อธิบายว่าการเตรียมความพร้อมที่เพียงพอจะช่วยลดความกลัวซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของวงจรฯ และสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า ที่พบว่า โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนคลอดสามารถลดความกลัวในระยะตั้งครรภ์ได้[20] นอกจากนี้เมื่อเข้าสู่ระยะคลอด กลุ่มทดลองยังคงมีคะแนนความกลัวและความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็วและระยะเปลี่ยนผ่าน (r = .69–.75 และ r = .45–.48 ตามลำดับ) แม้ขนาดอิทธิพลของความปวดจะต่ำกว่าความกลัว ซึ่งอาจสะท้อนว่า ความปวดในระยะคลอดมีองค์ประกอบทางสรีรวิทยาที่ไม่สามารถลดได้ด้วยการแทรกแซงทางจิตสังคมเพียงอย่างเดียว แต่โปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนายังสามารถช่วยลดการรับรู้ความปวดในระดับที่มีนัยสำคัญ สอดคล้องกับ Dinç et al.[11] และ Hassanzadeh et al.[12] ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมมีความมั่นใจในการใช้เทคนิคการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการจัดการอารมณ์ระหว่างคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม

สมมติฐานที่ 2 ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนามีคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความปวดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว ($U = 90.0$, $p < .001$, r = .49) และระยะเปลี่ยนผ่าน ($U = 55.0$, $p < .001$, r = .63) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดวงจรความกลัว ความเครียด ความปวดของ Dick-Read[4] ที่อธิบายว่าเมื่อตัดวงจรความกลัวได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ผู้คลอดจะมีทรัพยากรทางจิตใจเพียงพอที่จะแสดงพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมในระยะคลอด โปรแกรมนี้ตัดวงจรดังกล่าวด้วยสองกลไก กลไกแรกคือ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดซึ่งลดความรู้สึกไม่แน่นอนที่เป็นต้นเหตุของความกลัว กลไกที่สองคือการบูรณาการหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ได้แก่ การกล่าวซิกรุลลอฮ์ การขอดุอาอ์ และการอ่านหรือฟังอัลกุรอาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้คลอดคุ้นเคย และเชื่อมั่นในประสิทธิผลตามหลักศรัทธา จึงทำหน้าที่เป็นกลวิธีการเผชิญปัญหาที่สอดคล้องทางวัฒนธรรม (cultural congruence) ที่ทำได้ง่ายเพราะไม่ใช่สิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ทั้งหมด ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมปรากฏชัดเจนที่สุดในระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งผู้คลอด

ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมการเผชิญความปวดที่เหมาะสมได้เลยในช่วงที่ความปวดรุนแรงที่สุด ขณะที่ผู้คลอดในกลุ่มทดลองยังคงรักษาพฤติกรรมการเผชิญความปวดไว้ได้ในระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Japakeeya et al.[21] ที่พบว่า การยึดมั่นในศาสนาสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่ลดลงและการควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การกล่าวซิกรุลลอฮ์และการอ่านหรือฟังอัลกุรอานในระยะคลอดยังช่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและกระตุ้นความสงบทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[27,28] ที่พบว่า การฟังอัลกุรอานช่วยลดระดับความปวดและความวิตกกังวลในระยะคลอดของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม

เมื่อพิจารณารายด้าน กลุ่มทดลองสามารถควบคุมการออกเสียง การเคลื่อนไหว การหายใจ และแสดงสีหน้าผ่อนคลายได้มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองระยะ อย่างไรก็ตาม ด้านการพูดในระยะปากมดลูกเปิด 4-7 เซนติเมตร ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังปรับค่า Bonferroni (p = .045 > .025) ซึ่งอาจเป็นเพราะการพูดเป็นพฤติกรรมที่ต้องใช้ความตั้งใจและกระบวนการรู้คิดระดับสูง (higher-order cognitive process) ในขณะที่การหดรัดตัวของมดลูกรุนแรงขึ้นในระยะนี้ ทำให้ผู้คลอดทั้งสองกลุ่มมีข้อจำกัดในการควบคุมการพูดใกล้เคียงกัน ขณะที่พฤติกรรมอื่น เช่น การเคลื่อนไหวและการหายใจ สามารถฝึกฝนจนเป็นอัตโนมัติได้ง่ายกว่า[29]

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้คลอดมุสลิมครรภ์แรกซึ่งอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดยะลา เท่านั้น ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และบริบททางศาสนาที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถสรุปไปยังกลุ่มประชากรอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกันหรืออยู่ในเขตพื้นที่อื่นได้

2. ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก (n = 20-21 ต่อกลุ่ม) เนื่องจากมีการคัดออกภายหลังการจัดสรรกลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตามค่าขนาดอิทธิพลที่สังเกตได้จริง (r = .49-.75) สูงกว่าที่ใช้ในการคำนวณ จึงคาดว่าอำนาจการทดสอบยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้[30]

3. กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการประเมินความกลัวซ้ำในระยะตั้งครรภ์ (post-program) เนื่องจากไม่ได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมบูรณาการร่วมกับความเชื่อทางศาสนากัจึงไม่สามารถเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและภายหลังระหว่างสองกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมการคลอดตามวิถีอิสลามไปประยุกต์ใช้ในหน่วยฝากครรภ์ที่ให้บริการผู้คลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอด

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมการคลอดตามวิถีอิสลามไปประยุกต์ใช้ในหน่วยฝากครรภ์แก่ผู้คลอดกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์กลุ่มอื่น

3. ควรเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ กับโปรแกรมเตรียมความพร้อมแบบทั่วไป เพื่อศึกษาบทบาทเฉพาะของการบูรณาการความเชื่อทางศาสนาต่อพฤติกรรมการเผชิญความปวด

เอกสารอ้างอิง

1. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. Women Birth 2012;25(3):114-121. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.001.
2. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. Women Birth 2019;32(2):99-111. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.004.
3. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand 2017;96(8):907-20. doi: 10.1111/aogs.13138.
4. Dick-Read G. Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth. 2nd ed. London: Pinter & Martin; 2013.
5. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: an updated review of the literature. Women Birth 2019;32(1):28-38. doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004.
6. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal labor: physiology, evaluation, and management [Internet]. StatPearls 2026. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/
7. Aziato L, Acheampong AK, Umoar KL. Labour pain experiences and perceptions: a qualitative study among post-partum women in Ghana. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17(1):73. doi: 10.1186/s12884-017-1248-1.
8. Alizadeh-Dibazari Z, Abdolalipour S, Mirghafourvand M. The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2023;23(1):541. doi: 10.1186/s12884-023-05867-0.
9. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG 2012;119(10):1238-46. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x.
10. Inkaew S, et al. Pain coping behavior during labor of hill tribe women. Thai Journal of Nursing Council 2001;16(2):15–24. (in Thai)
11. Dinç S, Erdoğan E, Doğan RA. The effect of mindfulness-based childbirth education intervention on fear of childbirth: systematic review and meta-analysis. Rev Assoc Med Bras 2024;70(7):e20240167. doi: 10.1590/1806-9282.20240167.

12. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety, and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending, and regularly attending childbirth preparation classes. BMC Women's Health 2020;20(1):180. doi: 10.1186/s12905-020-01048-9.
13. Desmawati D, Kongsuwan W, Chatchawet W. The effects of childbirth preparation nursing intervention integrating Islamic praying program on duration of labor and neonatal outcomes in primiparous Muslim women. Walailak J Sci & Technol 2020;17(10):1048-59. doi: 10.48048/wjst.2020.6554
14. Brixval CS, Axelsen SF, Lauemøller SG, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. Syst Rev 2015;4:20. doi: 10.1186/s13643-015-0010-x.
15. Golnazari F, Heydarpour S, Foroughi A, Heydarpour F. The comparison of the effect of childbirth preparation classes and spirituality-based counseling on childbirth fear among nulliparous pregnant women: a quasi-experimental study. Health Sci Rep 2026;9(2):e71879. doi: 10.1002/hsr2.71879
16. Athinaidou AM, Vounatsou E, Pappa I, Harizopoulou VC. Influence of antenatal education on birth outcomes: a systematic review focusing on primiparous women. Cureus 2024 ;16(7):e64508. doi: 10.7759/cureus.64508.
17. Kaple GS, Patil S. Effectiveness of Jacobson relaxation and Lamaze breathing techniques in the management of pain and stress during labor: an experimental study. Cureus 2023;15(1):e33212. doi: 10.7759/cureus.33212.
18. Maasoumi R, Dastaran F, Faghihiniya F, Haghani S, Sabetghadam S. The effect of spiritual self-care intervention with a blended learning approach on anxiety in women with preterm labor: a randomized controlled trial. Int J Community Based Nurs Midwifery 2023;11(2):85-95. doi: 10.30476/IJCBNM.2023.96119.2106.
19. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. The Complementary therapies for labour and birth study: making sense of labour and birth-experiences of women, partners and midwives of a complementary medicine antenatal education course. Midwifery 2016;40:124-31. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.011
20. Kocak MY, Göçen NN, Akin B. The effect of listening to the recitation of the Surah Al-Inshirah on labor pain, anxiety and comfort in Muslim women: a randomized controlled study. J Relig Health 2022;61(4):2945-59. doi: 10.1007/s10943-021-01356-w.

21. Japakeeya N, Phumdoung S, Chunuan S. Effects of listening to Holy Quran and Zikrullah recitation on stress and physiological stress responses among Muslim pregnant women with premature uterine contractions: a randomized controlled trial. Songklanagarind Journal of Nursing 2021;41(4):1-14. (in Thai)
22. Dusitkul Y. The effects of enhancing coping with labor pain program on pain levels and pain coping behaviors in primiparous women. Nursing, Health, and Public Health Journal 2022;1(3):31-9. (in Thai)
23. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research. 2nd ed. London: Pearson Education; 2014.
24. Pallant J. SPSS survival manual: a step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS. 6th ed. London: McGraw-Hill Education; 2016.
25. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge; 1988.
26. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
27. Nuraihan H, Sureeporn K, Warangkana C. The effects of an educational program with recitation of the Zikrullah on fear, pain and duration of first stage labor among Muslim primiparous women. Princess of Naradhiwas University Journal 2023;15(1):121-36. (in Thai)
28. Lohitthai S, Jemmama N, Siriphan S. Effects of reading Al-Koran involving family support on pain level in the first stage of labor and perception of family support among Muslim primiparous women. J Southern Coll Netw Nurs Public Health 2017;4(Suppl):115-30. (in Thai).
29. Moriarty O, McGuire BE, Finn DP. The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. Prog Neurobiol 2011;93(3):385-404. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.01.002.
30. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2568)

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย ขอเชิญชวนอาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม ส่วนข้อคิดเห็นในบทความเป็นความเห็นและเป็นความรับผิดชอบของเจ้าของบทความโดยตรง

ขอบเขตของเรื่องที่จะนำลงตีพิมพ์

บทความที่ต้องการตีพิมพ์ ต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ รวมทั้งมีลักษณะดังนี้

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ
2. บทความวิจัยซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นดุษฎีนิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาเอก และต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งนิสิต/นักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นซ้ำซ้อน

รูปแบบการเขียนและเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ขนาดตัวอักษร 16 pt. แบบอักษร ThaiSarabun PSK พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 เว้นขอบ บน-ล่าง และ ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว การจัดบรรทัดใช้ระยะพิมพ์เดี่ยว (single space)
2. ความยาวของบทความวิชาการ ไม่เกิน 12 หน้า ส่วนบทความวิจัย ไม่เกิน 15 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)
3. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ โดยพิมพ์ตัวใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของคำ ยกเว้น คำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม ใช้ขนาดตัวอักษร 20 pt. ตัวหนา (Bold)
ตัวอย่าง เช่น

“Prevalence and Associated Factors of Depression and Insomnia among Intensive Care Unit Nurses in a Tertiary Care Hospital”

4. ชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ ขนาดตัวอักษร 14 pt. ตัวหนา ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงาน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนให้ระบุผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) พร้อมทั้ง e-mail address ด้วย
5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ
6. เนื้อหา หากมีภาษาไทยและกำกับด้วยภาษาอังกฤษในวงเล็บ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวเล็กในวงเล็บ ยกเว้นชื่อหัวข้อ ชื่อเฉพาะ เช่น ทฤษฎี ชื่อเครื่องมือวิจัย หรือตัวย่อ ให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก
7. รูปแบบบทความวิชาการและบทความวิจัย ผู้เขียนควรจัดพิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้
    7.1 บทความวิชาการ
        7.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยการเกริ่นประเด็นที่เป็นปัญหาและแนวโน้ม วัตถุประสงค์ของบทความ
        7.1.2 คำสำคัญ 3-5 คำ

7.1.3 ส่วนนำ เกริ่นนำที่มาหรือความสำคัญของประเด็นปัญหา หรือเรื่องราวที่ต้องการกล่าวถึง เพื่อให้ผู้อ่านสนใจติดตามเรื่องที่จะนำเสนอต่อไป และมีวัตถุประสงค์นำเสนอขอบเขตเนื้อหาอะไร

7.1.4 เนื้อหา ประกอบด้วย สาระและขอบเขตเนื้อหาซึ่งแสดงความรู้ ความคิด ในการวิเคราะห์ข้อมูล เรื่องราวที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอแก่ผู้อ่าน การวิเคราะห์วิจารณ์ เป็นไปตามหลักการ ทฤษฎี หรือมีหลักฐานอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเป็นเหตุเป็นผลน่าเชื่อถือ มีการอ้างอิงข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปด้วยทรรศนะและมุมมองของผู้เขียน ผู้เขียนต้องอธิบายหรือบรรยายเรื่องราวนั้น และมีการเรียบเรียงเรื่องราวต่อเนื่องกันตามลำดับอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นขอบเขตของเรื่องที่นำมาวิเคราะห์ได้ง่าย ไม่สับสน

7.1.5 สรุป สรุปประเด็นสำคัญของเนื้อหาภายหลังจากที่ได้เสนอผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาหรือเรื่องราวนั้น ๆ มาอย่างละเอียด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจแจ่มชัดยิ่งขึ้น การเขียนส่วนสรุปนี้ผู้เขียนอาจให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ไว้ด้วย

7.1.6 เอกสารอ้างอิง

7.2 บทความวิจัยให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (ควรมีคำถามการวิจัยในเนื้อหาด้วย หากมีในเนื้อหาส่วนนี้แล้ว อาจไม่ต้องเขียนแยกเป็นหัวข้อ แต่หากประสงค์เป็นหัวข้อขอให้แยกลงมาในหัวข้อคำถามการวิจัยให้ชัดเจน)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- คำถามการวิจัย
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (งานวิจัยเชิงปริมาณ ระดับความสัมพันธ์ขึ้นไปต้องมี)
- ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลงานวิจัย
- การอภิปรายผล และข้อจำกัดของงานวิจัย (ถ้ามี)
- ข้อเสนอแนะ (ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป)
- เอกสารอ้างอิง

ทั้งนี้ภาพประกอบเรื่องและตาราง ควรพิมพ์แยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าใส่รูปและตารางไว้ที่ใด และต้องนับรวมเป็นจำนวนหน้าที่กำหนดไว้

8. การเขียนเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง ยกเว้นหนังสือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญาในระดับ classic paper และต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่อ้างอิงเป็นภาษาไทยขอให้ปรับรูปแบบการพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดรวมทั้งต่อท้ายประโยคว่า (in Thai) และขอให้ผู้เขียนกรุณาทบทวนการอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายเรื่องต้องจัดเรียงลำดับให้ตรงกันและสอดคล้องกัน ต้องมีข้อความรายละเอียดที่สมบูรณ์ สามารถสืบค้นย้อนกลับได้จริง ควรศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงได้ที่ **http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html**

8.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่าบางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับท้ายข้อความนั้นทันทีที่นำมาอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3... เช่น “ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งมีอุบัติการณ์สูง[1] มีภาวะเจ็บคลอดนาน และมักเกิดร่วมกับการผิดสัดส่วนของเชิงกรานกับศีรษะทารก ทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นจะมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์คลอดก่อนกำหนด[2,3] .....”

ทั้งนี้เมื่อรวบรวมรายการอ้างอิงในส่วนท้ายของบทความ ตัวเลขจะต้องสอดคล้องตรงกันกับในเนื้อเรื่อง

8.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบต่าง ๆ

8.2.1 การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน ถ้าผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วย et al. หรือ และคนอื่น ๆ

ชื่อบทความ ถ้าเป็นภาษาอังกฤษจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

ชื่อวารสาร จะใช้เป็นชื่อย่อโดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus ศึกษาที่ http://www.ncbi.nlm.nih.gov สำหรับวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็มที่ปรากฏที่หน้าปก

ปีที่พิมพ์ วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปีให้ระบุปี และเล่มที่ ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย

จำนวนหน้า ระบุจำนวนหน้าโดยไม่ต้องมีคำว่า “หน้า” หรือ “p” และหลีกเลี่ยงการใช้เลขหน้าซ้ำ เช่น 32-36 ก็จะเป็น 32-6 เป็นต้น

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Chiabrando C, Fanelli R, Lucca U. Peripheral biomarkers of oxidative damage in Alzheimer’s disease. Ann Neurol 2003;53(3):419-20.
2. Kreetiyutanoni S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationship between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due of fetal anomalies. Journal of Nursing Science Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

8.2.2 การอ้างอิงหนังสือตำรา

ชื่อผู้แต่ง อาจเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการหรือคณะบรรณาธิการ ให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อเรื่อง ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

พิมพ์ครั้งที่ ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิง ให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้ชื่อเมืองแรก

สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่าโรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย

ปีพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของปี พ.ศ.

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง

3. Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. (in Thai)
4. Bonder BR, Pickens ND, Dal Bello-Haas V. Functional and occupational performance in older adults. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2024.
5. Flynn SV, Castleberry JJ, editors. Counseling theories and case conceptualization: a practice-based approach. New York: Springer; 2024.

8.2.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.
7. Sritara P. Current management of congestive heart failure. In: Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. p.151-9. (in Thai)

8.2.4 การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 1995.
9. Wanta A. Self-care behaviors in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2004. (in Thai)

8.2.5 การอ้างอิงจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]; ปีที่(ฉบับที่):[หน้า]. เข้าถึงได้จาก:

ตัวอย่าง

10. Abood S. Quality improvement initiative in nursing home: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6); [about 3 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm
11. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) [homepage on the internet]. Philadelphia: The Committee; 2006 [update 2006 Feb; cited 2006 Apr 30]. Available from: http://www.icmje.org
12. WHO. Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: a systematic review on the literature [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 23]. Available from: http://apps.who-int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1

การส่งบทความต้นฉบับ

ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะดำเนินการตรวจสอบเนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (plagiarism) รวมถึงความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร เมื่อกองบรรณาธิการตรวจสอบแล้วเห็นสมควรรับไว้พิจารณา จะแจ้งให้ผู้เขียนทราบเพื่อชำระเงินค่าดำเนินการในการตีพิมพ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) ค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 2) ค่าตรวจสอบบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และ 3) ค่าดำเนินการอื่น ๆ ของกองบรรณาธิการและฝ่ายบริหารจัดการวารสาร โดยมีอัตราค่าดำเนินการ ดังนี้ บุคคลภายนอก บทความภาษาไทย เรื่องละ 5,000 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 8,000 บาท บุคลากรของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย บทความภาษาไทย เรื่องละ 4,500 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 7,000 บาท (ดูเพิ่มเติมได้จาก Website ของวารสาร) หลังจากนั้นจะดำเนินการจัดส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินบทความต่อไป ทั้งนี้บทความที่ผ่านการอ่านจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หากผู้เขียนต้องการถอนบทความ ต้องทำจดหมายเป็นลายลักษณ์อักษร และขอเงินค่าตีพิมพ์คืนไม่ได้

การประเมินบทความและตอบรับการตีพิมพ์

บทความวิชาการ/บทความวิจัย ที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะแจ้งสรุปผลการพิจารณาให้ผู้เขียนทราบ และส่งบทความคืนผู้แต่งซึ่งมีข้อเสนอแนะ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการแก้ไขจะแจ้งให้ผู้เขียนรับไปแก้ไขหรือเพิ่มเติมตามคำแนะนำ เมื่อผู้เขียนแก้ไขเรียบร้อยแล้ว จึงจะตอบรับการตีพิมพ์

ในกรณีที่เป็นบทความภาษาอังกฤษ ขอให้ผ่านการตรวจสอบภาษา และมีจดหมายรับรองจากแหล่งที่เชื่อถือได้พร้อมลงนามของผู้ตรวจสอบภาษาแนบส่งมาด้วย

หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสภากาชาดไทยในครั้งต่อ ๆ ไป

****** หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อฝ่ายบริหารจัดการ วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย โทร. 02 256 4093 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสภากาชาดไทย

1. **ชื่อเรื่อง** (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ) .....

2. **ข้อมูลผู้เขียนทุกคน** (ระบุชื่อ นามสกุล คำนำหน้านาม) ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) .....

(ภาษาอังกฤษ).....

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย) .....

(ภาษาอังกฤษ) .....

ที่อยู่ที่บ้าน.....

ที่อยู่ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์.....E-mail: .....

*จำนวนชื่อผู้เขียนสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลเหมือนข้างต้น

3. ข้อรับทราบและการยินยอมของผู้เขียน

1) ต้อง Submit บทความในระบบ ThaiJo https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/

2) ไม่เคยส่งบทความนี้ตีพิมพ์ในวารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์ใด ๆ มาก่อน หรือส่งตีพิมพ์ที่อื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน

3) บทความวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว กรณีเก็บข้อมูลในประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี กรุณาระบุ Parental Consent ในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (โปรดแนบสำเนา 1 ชุด)

4) เอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบมาตรฐาน Vancouver

5) ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีการลงนามของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและที่ปรึกษาร่วมทุกคน

6) หากมีการขอเปลี่ยนแปลงบทบาทการมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการ เช่น ผู้เขียนอันดับแรก (First Author) หรือผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) จะต้องทำหนังสือแจ้งบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามรับทราบโดยผู้เขียนทุกคน

7) ขอให้ท่านระบุความต้องการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านบทความ ดังนี้ ☐ 2 ท่าน

☐ 3 ท่าน เพื่อเป็นไปตามประกาศ ก.พ.อ.

8) หากต้องการถอนบทความคืนจากการตีพิมพ์ จะต้องทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งบรรณาธิการภายใน 1 สัปดาห์หลังส่งบทความ และจะไม่ถอนคืนหากบทความได้รับการ review จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กรณีที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ต้องได้รับการลงนาม หรือ ยินยอมจากอาจารย์ที่ปรึกษา

9) ยินยอมให้เผยแพร่บทความที่ตีพิมพ์ในเล่มวารสารแล้ว บน Website

ลงชื่อผู้เขียน/อันดับแรก..... ลงชื่อผู้เขียนหลัก/ผู้ประพันธ์บรรณกิจ.....

(First Author) (.....) (Corresponding Author) (.....)

ลงชื่อผู้เขียนร่วม ..... ลงชื่อผู้เขียนร่วม .....

(.....) (.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ .....

(.....)

วันที่.....

วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบชำระค่าตีพิมพ์
บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ-นามสกุล .....
ที่อยู่.....
.....
เบอร์โทร.....**E-mail:**.....

ขอชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย เรื่อง .....
.....
ดังนี้

บุคคลภายนอก

- ❑ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท
- ❑ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 8,000 บาท

บุคลากรภายในสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

- ❑ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 4,500 บาท
- ❑ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท

การชำระเงิน

- ❑ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภากาชาดไทย ประเภท ออมทรัพย์
  ชื่อบัญชี **สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย** เลขที่บัญชี **045-5-35395-1**
  ให้ส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ e-mail: journal@stin.ac.th
- ❑ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปตามที่อยู่ข้างต้น
- ❑ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปที่.....
  .....
- ❑ ขอเป็นไฟล์ใบเสร็จรับเงิน และส่งทาง e-mail ที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความตีพิมพ์
(.....)
วัน.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ การชำระค่าตีพิมพ์ ให้ชำระภายหลังจากที่ได้รับการตอบรับจากกองบรรณาธิการว่า “ได้ผ่านการพิจารณาในเบื้องต้นจากบรรณาธิการแล้ว และจะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป”
กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว เห็นว่าบทความ “ไม่สามารถรับตีพิมพ์ได้” ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน