



# วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

JOURNAL OF HEALTH AND NURSING UBON RATCHATHANI UNIVERSITY

ISSN 3027-6551 (Online)

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 Vol.5 No. 1 January - June 2026

## บทความวิชาการ

- ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 จิตรประภา รุ่งเรือง และ  
พรณี บัญชรหัตถกิจ

## บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น  
ตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ทานตะวัน คำวัง
- การพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม  
ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอนิมอาร์เอม ศศิธร สุวรรณบุตร และคณะ
- การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา  
โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี บัญญัติ ผ่านจันทร และคณะ



วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University

ที่ปรึกษา	คณบดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	รองคณบดีฝ่ายวิจัย บริการวิชาการ และวิเทศสัมพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ศาสตราจารย์ ดร.พงศ์ศักดิ์ รัตนชัยกุล โสภณ	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมปอง พะมุลิตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เป็ยชื้อ	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทิก	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. อากรณั ดีนาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
	รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
	รองศาสตราจารย์ ดร. มณฑา เก่งการพานิช	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
	รองศาสตราจารย์ ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริรัตน์ ศรี โปลา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
	ดร.วิวิรรณ เผ่ากัณหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี
	ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์
	นายแพทย์วีระ มหาวานากุล	โรงพยาบาลอุบลรัตน์ขอนแก่น
	เภสัชกรหญิงชมนุช วีระวัธน์ชัย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ภูมิทิปปรากฏ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิรา ดอนสมัคร	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรัตน์ นระสนธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาวิตรี สิงหา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุทินี เสาร์แก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.วิศนีย์ บุญหมั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	ดร.หทัยรัตน์ สายมาอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ฝ่ายจัดการวารสาร	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวภัทร นักรู้กำลังพัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
	นางสาวกนกอร ธานี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

- วัตถุประสงค์**
1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อด้านการพยาบาลและสุขภาพ
  2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
  3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ทางวิชาการ

**กำหนดการออกวารสาร**

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม

**เจ้าของ**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 045-353226

E-Mail: nurseubjournal@gmail.com

**ISSN**

3027-6551 (Online)

**ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีนี้  
ผ่านการพิจารณากรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน  
ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
เป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น  
บรรณาธิการและคณะพยาบาลศาสตร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด**

## สารบัญ

### บทความวิชาการ

ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 จิตรประภา รุ่งเรือง และพรณี ปัญชรหัตถกิจ	1
---	---

### บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ทานตะวัน คำวัง	12
---	----

การพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม ศศิธร สุวรรณบุตร และคณะ	29
--	----

การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี บัญญัติ ผ่านจันทาร และคณะ	46
---	----

## สารจากบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University) ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ เผยแพร่ในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ เลข ISSN 3027 - 6551 โดยมีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจดังนี้ บทความวิชาการ 1 เรื่อง ได้แก่ ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 บทความวิจัย 3 เรื่อง ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร การพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม และการพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารได้ทางหน้าเว็บไซต์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี (<http://www.nurse.ubu.ac.th/new/>)

ขอแสดงความขอบคุณที่ปรึกษากองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี และพร้อมรับฟังข้อเสนอแนะจากทุกท่านด้วยความขอบคุณยิ่ง เพื่อให้วารสารเผยแพร่ผลงานที่มีคุณภาพต่อไป

ผศ.ดร สมปอง พะมุลิตา

บรรณาธิการวารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

## ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21

จิตรประภา รุ่งเรือง\* พย.ม.

พรรณณี บัญชรหัตถกิจ\*\* ส.ค.

### บทคัดย่อ:

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมาย ความสำคัญ บทบาท สมรรถนะ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทย ตลอดจนเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน วิธีการศึกษาใช้การทบทวนเอกสาร งานวิจัย รายงานนโยบาย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหาอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วยสมรรถนะสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ 1) วิสัยทัศน์และการมองไปข้างหน้า 2) นวัตกรรมและเทคโนโลยี 3) ความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน 4) ความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและจริยธรรม และ 5) การพัฒนาตนเองและทีมงาน สำหรับอุปสรรคสำคัญแบ่งเป็น 3 มิติ คือ เชิงระบบ (โครงสร้างข้อมูลไม่เป็นมาตรฐานและงบประมาณไม่ต่อเนื่อง) เชิงเทคนิค (ความปลอดภัยไซเบอร์และความสามารถในการทำงานร่วมกันของระบบ) และเชิงบุคคล (การขาดทักษะดิจิทัลและการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง) ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคล องค์กร และประเทศ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีความพร้อมเชิงนโยบายผ่านยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลแห่งชาติ และนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จ เช่น ระบบบริการแพทย์ทางไกล และโปรแกรม “ต่อเติมใจ” จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน หน่วยงานด้านสุขภาพควรส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะผู้นำดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและระบบข้อมูลสุขภาพ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพในอนาคต

**คำสำคัญ:** ภาวะผู้นำดิจิทัล, ระบบสุขภาพดิจิทัล, นโยบายสุขภาพ

\* Corresponding author, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, Email: pairat834@gmail.com

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

วันที่รับบทความ 19 ธันวาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 มิถุนายน 2569 วันตอบรับบทความ 18 มิถุนายน 2569

# Digital Health Leadership in the 21<sup>st</sup> Century Thai Health System

*Jitprapa Rungruang\* M.N.S.*

*Panee Banchonhattakit \* Dr.P.H.*

## **Abstract:**

This study aimed to examine the meaning, significance, roles, competencies, challenges, barriers, and development approaches related to digital technology leadership in the Thai health system. It also sought to propose appropriate policy recommendations and practical guidelines to support an effective and sustainable transition toward a digital health system. The study employed a comprehensive review of relevant literature, research articles, policy reports, and case studies from both domestic and international sources. The collected data were systematically analyzed and synthesized using content analysis.

The findings revealed that digital technology leadership in the Thai health system in the 21<sup>st</sup> century comprises five key competencies: (1) vision and foresight, (2) innovation and technology, (3) collaboration and teamwork, (4) change leadership and ethics, and (5) self-development and team development. The major barriers can be categorized into three dimensions. The first is the systemic dimension, which includes non-standardized data structures and discontinuous budget allocation. The second is the technical dimension, which includes cybersecurity concerns and system interoperability issues. The third is the individual dimension, which includes inadequate digital skills and resistance to change. These barriers negatively affect individuals, organizations, and the nation as a whole. Nevertheless, Thailand demonstrates policy readiness through its Digital Health Strategy, the National Digital Health Platform (NDHP), and successful innovations such as telemedicine services and the “Tor-Term-Jai” program.

Based on the findings, digital technology leadership is a critical component in driving an effective and sustainable digital health system. Health organizations should continuously promote the development of digital leadership competencies, support investment in digital infrastructure and health information systems, and strengthen collaborative networks among government agencies, private-sector organizations, and educational institutions in order to enhance the quality of healthcare services in the future.

**Keywords:** Digital health leadership, Digital health system, Health policy

---

\* Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing and Health Sciences, Donburi Rajabhat University, Email: pairat834@gmail.com

\*\* Associate Professor, Faculty of Public Health, Valaya Along Korn Rajabhat University under the Royal Patronage

Received December 11, 2025, Revised June 16, 2026, Accepted June 18, 2026

## บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 ระบบสุขภาพทั่วโลกเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ควบคู่กับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย ภาวะโรคเรื้อรัง และความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะรายมากยิ่งขึ้น การขยายตัวของข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ (Big data) จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันสุขภาพ อุปกรณ์สวมใส่ตรวจวัดสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพทางไกล ส่งผลให้มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) ระบบวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง (Advanced analytics) และ Internet of Things (IoT) มาใช้เพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพ การเฝ้าติดตามอาการผู้ป่วย และการตัดสินใจเชิงคลินิกอย่างกว้างขวาง ซึ่งช่วยเพิ่มความแม่นยำทางการแพทย์ ลดภาระงานของบุคลากร และยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย ภาครัฐได้กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลผ่านแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัลของประเทศ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record: EMR) การให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการสร้างคลังข้อมูลสุขภาพระดับชาติ (National health data platform) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานและยกระดับการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึง และต่อเนื่อง<sup>2</sup> อย่างไรก็ตามระบบสุขภาพไทยยังเผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาความไม่เชื่อมโยงของฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน (Interoperability) ความเหลื่อมล้ำด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี ความขาดแคลนบุคลากรที่มีทักษะดิจิทัล และข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงเชิงองค์กร ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้อย่างเต็มศักยภาพและยั่งยืน<sup>1,3</sup>

ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital leadership) จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยเชิงกลยุทธ์ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ผู้นำด้านดิจิทัลจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ด้านเทคโนโลยีและองค์กร สามารถบูรณาการการใช้เทคโนโลยีกับเป้าหมายด้านคุณภาพบริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กร พร้อมทั้งมีทักษะในการบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change management) การสื่อสารเชิงกลยุทธ์ และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการเรียนรู้และนวัตกรรม<sup>4</sup> นอกจากนี้ ผู้นำยังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสมรรถนะดิจิทัล (Digital competency) การกำกับดูแลด้านจริยธรรม ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษา เพื่อผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพอย่างเหมาะสมและยั่งยืน<sup>1,5</sup>

ดังนั้น การศึกษาภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งในเชิงการพัฒนาความรู้ วิชาการ และเชิงนโยบาย เพื่อเสริมสร้างศักยภาพผู้นำในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างเป็นระบบ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความหมาย ความสำคัญ บทบาท สมรรถนะ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทย ตลอดจนเสนอข้อเสนอนโยบายและแนวปฏิบัติที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### วิธีการศึกษา

บทความนี้มุ่งสังเคราะห์ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 โดยการทบทวนวรรณกรรมจากใช้การทบทวนเอกสาร งานวิจัย รายงานนโยบาย และกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหาอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล ประกอบด้วย แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพ อุปสรรคหลักของผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล สมรรถนะสำคัญที่ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพไทยศตวรรษที่ 21 และสถานการณ์และนโยบายดิจิทัลเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

### ผลการศึกษา

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพ (Digital health leadership) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพทั่วโลกสู่ยุคดิจิทัล โดยมีนักวิชาการและองค์กรระหว่างประเทศให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย องค์กรอนามัยโลกให้ความสำคัญกับภาวะผู้นำที่สามารถกำหนดทิศทางเชิงนโยบาย ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมีธรรมาภิบาล และสนับสนุนการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งเป็นการที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ และไม่ประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายเกินควร ขณะทำงานวิจัยด้านการบริหารสุขภาพมองว่า ภาวะผู้นำด้านดิจิทัล คือ ความสามารถของผู้นำในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ข้อมูล และนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพองค์กร พัฒนาคุณภาพบริการ และตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่วนแนวคิดด้านการจัดการสมัยใหม่เน้นบทบาทของผู้นำในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการเรียนรู้ การสื่อสารเชิงกลยุทธ์ และการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน หลักฐานเชิงวิชาการเกี่ยวกับทักษะผู้นำดิจิทัล จากการสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวพบว่า ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพ คือ ความสามารถของผู้นำในการกำหนดวิสัยทัศน์ วางยุทธศาสตร์บริหารจัดการทรัพยากร และขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและข้อมูลเป็นฐาน

เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ เข้าถึงได้ เท่าเทียม ปลอดภัย และยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

ภาวะผู้นำดังกล่าวมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ<sup>6</sup> ได้แก่ 1) วิสัยทัศน์เชิงดิจิทัล 2) สมรรถนะด้านเทคนิค และข้อมูล 3) การบริหารการเปลี่ยนแปลง 4) ธรรมชาติของข้อมูลและจริยธรรม และ 5) การสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่าย ทั้งนี้ งานวิจัยเชิงวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลควรคำนึงควบคู่กับการจัดทำกรอบสมรรถนะระดับชาติ การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะด้าน การลงทุนในระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกันได้ (Interoperability) และการสร้างระบบสนับสนุนผู้บริหารระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลไปใช้ได้จริงและเกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนต่อระบบสุขภาพไทย

**2. อุปสรรคหลักของผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล** สามารถจำแนกได้ 3 มิติสำคัญ ได้แก่ อุปสรรคเชิงระบบ อุปสรรคเชิงเทคนิค และอุปสรรคเชิงบุคคล อุปสรรคในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้าสู่ระบบสุขภาพไทยสามารถจำแนกออกเป็นหลายมิติ<sup>7</sup> ได้แก่ 1) อุปสรรคเชิงระบบ โครงสร้างข้อมูลสุขภาพไม่เป็นมาตรฐาน ทำให้การแลกเปลี่ยนและบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงานทำได้ยาก งบประมาณด้านเทคโนโลยีไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการลงทุนและบำรุงรักษาระบบอย่างยั่งยืน<sup>1,7</sup> 2) อุปสรรคเชิงเทคนิค ปัญหาด้านความปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity) และความเสี่ยงต่อการละเมิดข้อมูลผู้ป่วย ระบบสารสนเทศขาดความสามารถในการทำงานร่วมกันได้ (Interoperability) ทำให้ข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงข้ามหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>7,8</sup> และ 3) อุปสรรคเชิงบุคคล ผู้นำบางส่วนยังขาดทักษะดิจิทัล และไม่สามารถปรับตัวกับเทคโนโลยีใหม่ได้อย่างเต็มที่ การต่อต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change) จากบุคลากรหรือผู้บริหารทำให้การนำเทคโนโลยีไปใช้เกิดความล่าช้า<sup>1,3</sup>

จะเห็นว่าอุปสรรค 3 มิติ ได้ส่งผลกระทบต่อต่อบุคคล องค์กร และประเทศชาติด้วย ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อบุคคล ประชาชนอาจไม่ได้รับบริการที่รวดเร็วและต่อเนื่อง ข้อมูลสุขภาพไม่เชื่อมโยงกันทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการตรวจรักษา ผู้ป่วยต้องเดินทางหลายครั้ง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนทางการรักษาจากข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ หากระบบความปลอดภัยไม่เพียงพอ อาจเกิดการรั่วไหลของข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล กระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพ 2) ผลกระทบต่อองค์กร หน่วยบริการสุขภาพต้องแบกรับต้นทุนจากระบบที่แยกส่วน ใช้งานซ้ำซ้อน และขาดประสิทธิภาพ บุคลากรเสียเวลาในการบันทึกข้อมูลหลายระบบ เกิดภาระงานเอกสารสูง ส่งผลให้เวลาที่ควรใช้ดูแลผู้ป่วยลดลง อีกทั้งการขาดผู้นำที่มีความเชี่ยวชาญด้านดิจิทัลอาจทำให้การลงทุนเทคโนโลยีไม่ตรงความจำเป็น ใช้งบประมาณสูงแต่ไม่เกิดผลลัพธ์ที่คุ้มค่า และ 3) ผลกระทบต่อประเทศชาติ ประเทศอาจสูญเสียโอกาสในการยกระดับขีดความสามารถทางการแข่งขันด้านเศรษฐกิจสุขภาพและอุตสาหกรรมดิจิทัลสุขภาพ การวางนโยบายสาธารณสุขขาดข้อมูลคุณภาพสูงสำหรับการตัดสินใจ ส่งผลต่อการรับมือโรคระบาด ภัยสุขภาพ และการจัดสรรทรัพยากรอย่างไม่แม่นยำ รวมทั้งเพิ่มความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทในการเข้าถึงบริการสุขภาพสมัยใหม่ ซึ่งอุปสรรคเหล่านี้สะท้อนว่าเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากปราศจากผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และสมรรถนะด้านดิจิทัล การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบ

สุขภาพดิจิทัลย่อมเกิดขึ้นได้ยาก ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องเร่งพัฒนาผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบควบคู่กับการสนับสนุนเชิงนโยบาย การลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่พร้อมเรียนรู้และยอมรับนวัตกรรมใหม่ เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยสามารถพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

**3. สมรรถนะสำคัญที่ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ในระบบสุขภาพไทย ศตวรรษที่ 21 พบว่า ผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีสมรรถนะสำคัญหลายด้านเพื่อรองรับความซับซ้อนของระบบสุขภาพยุคใหม่ โดยสมรรถนะที่สำคัญประกอบด้วย 5 ด้าน<sup>6,7</sup> ได้แก่**

1) สมรรถนะด้านวิสัยทัศน์และการมองไปข้างหน้า (Visionary & strategic thinking) การกำหนดวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ (Strategic visioning) ความสามารถในการมองเห็นภาพรวมของระบบสุขภาพในอนาคต เช่น การเข้าสู่สังคมสูงวัย การระบาดของโรคอุบัติใหม่ การใช้เทคโนโลยี และกำหนดทิศทางหรือยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน เพื่อให้องค์กรสามารถปรับตัวและเติบโตได้อย่างยั่งยืน การคิดเชิงระบบ (Systems thinking) เข้าใจความสัมพันธ์และผลกระทบระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบสุขภาพทั้งหมด ไม่ว่าจะ เป็น โรงพยาบาล ชุมชน นโยบาย เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อการตัดสินใจที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบในส่วนอื่น ๆ

2) สมรรถนะด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี (Innovation & technology adoption) การส่งเสริมนวัตกรรม (Fostering innovation) ความกล้าในการนำเสนอแนวคิดใหม่ ๆ การทดลองใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices) และการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital literacy in healthcare) ความสามารถในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น AI telemedicine big data analytics และ Electronic health records: EHR เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดต้นทุน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Patient care)

3) สมรรถนะด้านความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน (Collaboration & partnership) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ (Network building) ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลากหลายกลุ่ม (Stakeholders) ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข, ภาครัฐอื่น ๆ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ทักษะการเจรจาต่อรองและการโน้มน้าว (Negotiation & influence) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน (Shared understanding) และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายหรือการปฏิบัติ

4) สมรรถนะด้านความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและจริยธรรม (Change leadership & ethics) การนำการเปลี่ยนแปลง (Leading change) การบริหารจัดการความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการเรียนรู้และการปรับตัวอย่างรวดเร็ว การมีจริยธรรมและความรับผิดชอบ (Ethics & accountability) การตัดสินใจโดยยึดผลประโยชน์ของประชาชนและผู้ป่วยเป็นหลัก ควบคู่ไปกับการบริหารทรัพยากรอย่างโปร่งใสและคุ้มค่า

5) สมรรถนะด้านการพัฒนาตนเองและทีมงาน (Self-development & team empowerment) ความฉลาดทางอารมณ์และความยืดหยุ่น (Emotional intelligence & resilience) ความสามารถในการเข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่น การจัดการความเครียด และการฟื้นตัวจากความล้มเหลว เพื่อนำทีมผ่านช่วงวิกฤต การโค้ชและการให้อำนาจทีมงาน (Coaching & empowerment) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขในทุกกระดับ และการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้บุคลากรหน้างาน (Frontline staff) เพื่อให้การบริการมีความคล่องตัวและตอบโจทยปัญหาในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น ผู้นำในระบบสุขภาพยุคใหม่ต้องเป็นมากกว่าผู้บริหาร แต่ต้องเป็น ผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล เปิดรับเทคโนโลยี มีความสามารถในการทำงานข้ามสายงาน (Cross-functional collaboration) และมีหัวใจที่ยึดมั่นในจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม

**4. สถานการณ์และนโยบายดิจิทัลเพื่อสุขภาพในประเทศไทย** ได้ผลักดัน e-Health และ Digital health อย่างต่อเนื่อง ผ่านทั้งเชิงนโยบายและโครงการระดับประเทศ ตัวอย่างสำคัญ เช่น แผนยุทธศาสตร์ e-Health พ.ศ. 2560-2569 ที่วางทิศทางการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการให้บริการจัดการข้อมูล และการเชื่อมโยงระบบต่าง ๆ ครอบคลุมความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ที่เน้นการสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานกลาง และการเสริมสร้างบุคลากรที่มีทักษะด้านดิจิทัล<sup>9</sup> และมีประเด็นท้าทายในบริบทของประเทศไทย เช่น 1) ระบบข้อมูลสุขภาพบริหารจัดการกระจายมีหลายฐานข้อมูลในหน่วยงานต่าง ๆ แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดมาตรฐานกลางในการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูล (Data standard) ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ข้อมูลร่วมกัน<sup>10</sup> 2) ความสามารถทางดิจิทัลของบุคลากรไม่เท่าเทียมกันบุคลากรด้านสุขภาพในบางพื้นที่ โดยเฉพาะระดับท้องถิ่น อาจยังขาดความรู้และทักษะในการใช้ระบบดิจิทัล ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการนำเทคโนโลยีไปใช้ประโยชน์<sup>11</sup> และ 3) กฎหมายและความมั่นคงไซเบอร์ การบังคับใช้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal data protection act: PDPA) และมาตรการด้านความปลอดภัยไซเบอร์ยังต้องการการลงทุนและระบบกำกับดูแลที่เข้มแข็งเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปกป้องข้อมูลสุขภาพของประชาชน<sup>12</sup> ดังนั้นแม้ประเทศไทย จะมีการบนนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน แต่การขับเคลื่อน e-Health ให้เกิดผลจริงจำเป็นต้องลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล วางมาตรฐานข้อมูลกลางที่ใช้ได้ทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรควบคู่ไปกับการคุ้มครองข้อมูลและความปลอดภัย

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบสุขภาพไทย การศึกษาพบว่า มีความคืบหน้าของตลาดสุขภาพดิจิทัล คาดว่าตลาดสุขภาพดิจิทัลของไทยจะมีมูลค่าประมาณ 50 พันล้านบาทภายในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มขึ้นเป็น 61.70 พันล้านบาทภายในปี พ.ศ. 2572<sup>13</sup> รวมทั้งโครงการ “ต่อเติมใจ” (Tor -Teum-Jai) แพลตฟอร์มสุขภาพจิตดิจิทัล เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 กรมสุขภาพจิต ร่วมกับโครงการ Thai health ของโรงพยาบาลปราสาทมหาโพธิ์ และองค์การอนามัยโลกได้เปิดตัว Tor Teum -Jai ซึ่งเป็นโปรแกรมดูแลสุขภาพจิตตนเอง (Digital mental health self-care)<sup>14</sup> และเพื่อเป็นการบริการทางไกลและลดความแออัดในโรงพยาบาล ประเทศไทยนำระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) การส่งยาถึงบ้าน และไปรับรองแพทย์

ดิจิทัลมาใช้เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลแล้ว (Thailand government public relations) มีการดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart hospital) ของกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2567 เร่งผลักดันโรงพยาบาลอัจฉริยะ เพื่อให้ บริการเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ

นโยบายหลักและโครงสร้างขับเคลื่อน ได้แก่ ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล พ.ศ. 2564-2568 มีเป้าหมายหลัก คือ บูรณาการข้อมูลสุขภาพ คืบข้อมูลแก่ประชาชน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนา Digital health platform ต่อจากระบบหมอพร้อม ส่งเสริมนวัตกรรม เช่น AI IoT Telemedicine และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพดิจิทัลที่สอดคล้องกับการวิจัยและพัฒนา<sup>14</sup> Digital health platform (NDHP) เชื่อมต่อข้อมูลประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ทั่วประเทศกว่า 9,600 แห่ง ด้วยมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ต่อยอดจากระบบหมอพร้อม<sup>14</sup> นโยบายสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มี 13 ประเด็น ซึ่งประเด็นที่ 10 คือ สุขภาพดิจิทัล ตั้งเป้าลดช่องว่างการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล<sup>14</sup> และงานสาธารณสุขวันอนามัยโลก 2567 ในหัวข้อสุขภาพของเรา สิทธิของเรา อนาคตดิจิทัลของเรา เน้นย้ำว่าการพัฒนาสุขภาพต้องคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบดิจิทัล<sup>14</sup>

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัลในประเทศไทย โดยผู้นำจำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ ความรู้ความเข้าใจด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ความสามารถในการบริหารการเปลี่ยนแปลง และการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกที่เน้นบทบาทของผู้นำในการขับเคลื่อนนวัตกรรมและการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในยุคดิจิทัล<sup>6</sup> อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพดิจิทัลที่ชัดเจน แต่ยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ ได้แก่ ความไม่เชื่อมโยงของข้อมูลสุขภาพระหว่างหน่วยงาน ความเหลื่อมล้ำด้านโครงสร้างพื้นฐานเทคโนโลยี ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลของบุคลากร ซึ่งล้วนส่งผลต่อประสิทธิภาพของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น การพัฒนาภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลจึงควรได้รับการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านการพัฒนาสมรรถนะผู้นำ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง การลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล และการพัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การยกระดับประสิทธิภาพความเท่าเทียม และความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยในอนาคต

## ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านสุขภาพควรพัฒนาสมรรถนะภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นทักษะด้านการใช้ข้อมูลดิจิทัล การคิดเชิงกลยุทธ์ การบริหารการเปลี่ยนแปลง และการสร้างนวัตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการองค์กรสุขภาพ
2. ภาครัฐควรสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและระบบข้อมูลสุขภาพให้มีมาตรฐานเดียวกัน สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจและการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
3. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับให้มีความรู้และทักษะด้านดิจิทัลที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงานและการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ควรให้ความสำคัญกับการกำกับดูแลข้อมูลสุขภาพ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ระบบสุขภาพดิจิทัลและลดความเสี่ยงจากการละเมิดข้อมูล
5. ควรสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการเรียนรู้ การปรับตัว และการยอมรับการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพดิจิทัลให้เกิดความยั่งยืน

## บทสรุป

ภาวะผู้นำด้านเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยให้ก้าวสู่ศตวรรษที่ 21 อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ผู้นำด้านนี้ต้องมีวิสัยทัศน์ดิจิทัลที่ชัดเจน สามารถเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีระบบ รวมถึงสามารถบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงและนวัตกรรมในองค์กรได้อย่างเหมาะสม การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ถือเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล นอกจากนี้ การสนับสนุนเชิงนโยบาย การลงทุนด้านเทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพยังเป็นปัจจัยที่ทำให้การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบดิจิทัลเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นและยั่งยืน ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพ การบริหารจัดการทรัพยากร และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุม

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021. [cited 2025 Dec 10], Available from World Health Organization Website:  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
2. Ministry of Public Health. Thailand digital health strategy 2022-2027. Bangkok: MOPH; 2022. (in Thai)
3. Digital government development agency. Thailand digital government development report 2023. Bangkok: DGA; 2023. (in Thai)
4. Avolio BJ, Kahai SS, Dodge GE. E-leadership: Implications for theory, research, and practice. *Leadersh Q.* 2000; 11(4): 615-68.
5. Westerman G, Bonnet D, McAfee A. *Leading digital: Turning technology into business transformation.* Boston: Harvard Business Review Press; 2014.
6. Laakkonen N, Jarva E, Hammarén M, Kanste O, Kääriäinen M, Oikarinen A, Mikkonen K. Digital competence among healthcare leaders: a mixed-methods systematic review. *Journal Nurs Manag.* 2024; 8435248.
7. Steenkamp I, Peltonen LM, Chippis J. (2025). Digital health readiness - insights from healthcare leaders in operational management: a cross-sectional survey. *BMC health services research.* 25(1); 240.
8. World Health Organization (WHO), Ministry of Public Health Thailand (MOPH). Area 8: Digital health and health information systems (Annex to Thailand CCS 2022-2026). WHO Thailand; 2021.
9. Health intervention and technology assessment program (HITAP). *Convergence of digital health platforms and health information systems.* 2024.
10. Marwaha JS, Landman AB, Brat GA, Dunn T, Gordon WJ. Deploying digital health tools within large, complex health systems: Key considerations for adoption and implementation. *NPJ Digit Med.* 2022; 5(1): 1-13.
11. Kijsanayotin B, Kasitipradith N, Pannarunothai S. e-Health in Thailand: the current status. *Stud health technol inform.* 2010; 160: 376-80.
12. Bangkok Biz News. Thailand accelerates digital health platform for nationwide integration. 2024 Mar 5 [cited 2025 Dec 10]. Available from Bangkok Biz News Website:  
<https://www.bangkokbiznews.com/health/publichealth/1149400>

13. DKSH. Health tech revolution is transforming healthcare in Thailand. 2023 [cited 2025 Dec 10]. Available from DKSH Website:<https://www.dksh.com/global-en/home/insights/healthtech-revolution-istransforming-healthcare-in-thailand>
14. Ministry of Public Health. Fiscal year 2024 budget report: digital health policy [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Dec 10]. Available from: <https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2025/02/report-fiscal-year-2024-budget-digital-health-policy.pdf>

# การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

ทานตะวัน คำวัง\* พย.บ.

## บทคัดย่อ:

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนา รูปแบบการพยาบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมิน และการสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ส่วนค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 คือ วัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 41 คน ระยะที่ 2 คือ วัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวน 120 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบบังคับให้ต้องหยุดเรียนและความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร สาเหตุสำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า การขาดความรู้และใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมเสี่ยง อิทธิพลจากเพื่อนสื่อสังคมออนไลน์ ปัญหาผู้ปกครองไม่ได้ดูแลเท่าที่ควร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยง (2) การส่งเสริมสุขภาพ (3) การให้คำปรึกษา (4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ (5) การประสานความร่วมมือ ระยะที่ 3 นารูปแบบการพยาบาลเพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 120 คน พบว่า 1) ด้านผู้ให้บริการพยาบาลผู้ปฏิบัติมีสมรรถนะการพยาบาลเพิ่มขึ้น 2) ด้านผู้รับบริการ วัยรุ่นหญิงกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ด้านผลลัพธ์ของระบบบริการ สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นได้ร้อยละ 37.56 วัยรุ่นหญิงเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 153.33 และชุมชนทุกแห่งดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ ควรมีนโยบายส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในระดับครอบครัว พัฒนาระบบการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาอย่างครอบคลุมและมีแผนงานด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่ต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** รูปแบบการพยาบาล, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, วัยรุ่น

---

*\*Corresponding author* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ้อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร, E-mail: tantawun6@gmail.com  
วันที่รับบทความ 31 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 เมษายน 2569 วันตอบรับบทความ 8 มิถุนายน 2569

## **Development of Nursing Model for Preventing Unintended Teenage Pregnancy in Yor Sub-district, Kham Khuen Kaew District, Yasothon Province**

*Tantawan Khamwang\* B.N.S*

### **Abstract:**

This research and development study aimed to investigate the situation of unintended pregnancy among adolescents and to develop a nursing care model for its prevention. The study was conducted in three phases. Phase 1 investigated the situation, problems, and causes of unintended pregnancy among adolescents. Phase 2 focused on the development of a nursing care model for the prevention of unintended pregnancy among adolescents. Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed model. Data collection instruments included assessment forms and in-depth interviews. Content validity was examined by three experts, and the instrument demonstrated a reliability coefficient of 0.86. The sample consisted of 41 female adolescents aged 15-19 years in Phase 1, and 120 female adolescents aged 15-19 years together with 50 stakeholders in Phase 2. Data were analyzed using paired t-tests and content analysis.

The findings revealed that Phase 1 the incidence of unintended pregnancy among adolescents had increased continuously, resulting in school discontinuation and inadequate readiness for child-rearing. The major causes included unplanned sexual intercourse, insufficient knowledge and incorrect use of contraceptive methods, risky behaviors, the influence of peers and social media, and inadequate parental supervision. In Phase 2, a nursing care model for the prevention of unintended pregnancy among adolescents was developed. The model consisted of five components: (1) risk assessment, (2) health promotion, (3) counseling, (4) empowerment, and (5) collaborative coordination. In Phase 3, the nursing care model was implemented among 120 target participants. The results showed that: (1) from the provider perspective, practicing nurses demonstrated increased nursing competence; (2) from the client perspective, the female adolescents had significantly higher mean scores in reproductive health knowledge, self-efficacy, access to contraceptive services, and satisfaction with services than before implementation of the model ( $p < .05$ ), while their mean scores for sexual risk behaviors significantly decreased ( $p < .05$ ); and (3) from the service system perspective, the rate of unintended pregnancy among adolescents decreased by 37.56%, adolescents' access to contraceptive services increased by 153.33%, and all communities implemented surveillance and prevention activities for unintended pregnancy among adolescents.

Policies should be established to promote communication about sexuality within families. Comprehensive reproductive health education systems should be strengthened in educational institutions, and continuous programs should be implemented to enhance family resilience and support.

**Keywords:** Nursing models, Unintended pregnancy in adolescents, Adolescents

---

\* Corresponding author, Registered Nurse, Yor Health Promoting Hospital, Kham Khuen Kaew District, Yasothon Province,

E-mail: tantawun6@gmail.com

Received October 31, 2025, Revised April 10, 2026, Accepted June 8, 2026

## บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ส่งผลกว้างขวางต่อตัววัยรุ่น ครอบครัวและสังคม<sup>1</sup> ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และการคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของวัยรุ่นหญิงช่วงอายุ 15-19 ปีทั่วโลก<sup>2</sup> เสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกถึงร้อยละ 50<sup>3</sup> สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 25.30 ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ไม่เกิน 21 ต่อพันประชากร และพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยร้อยละ 83.50 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และมีเพียงร้อยละ 45.80 ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ตามเกณฑ์มาตรฐาน ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ส่งผลกระทบต่อหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา เศรษฐกิจและสังคม<sup>4</sup> ซึ่งวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น<sup>5</sup> วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดสูงกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ถึง 2 เท่า<sup>6</sup> วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากการศึกษากลางคัน ร้อยละ 67.50<sup>7</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่า แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบของนิวแมน<sup>8</sup> ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่เอื้อต่อการจัดการสุขภาพและสนับสนุนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การพัฒนาแบบการพยาบาลวัยรุ่นทำให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการศึกษาเชิงบูรณาการร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น<sup>9</sup> เช่นเดียวกับพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง 2) การให้ความรู้และคำปรึกษา 3) การประสานงานกับภาคีเครือข่าย 4) การติดตามและเยี่ยมบ้าน และ 5) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในระดับพื้นที่ได้<sup>10</sup>

สถานการณ์ปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดนครปฐม โดยในปี พ.ศ. 2566 พบอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 28.70 ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ และพบว่า ร้อยละ 85.30 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และยังมีอัตราการคลอดซ้ำในวัยรุ่นถึงร้อยละ 12.80<sup>11</sup> ส่วนในพื้นที่ตำบลยี่ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐมพบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2565 พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3 ราย จากหญิงตั้งครรภ์ 24 ราย (ร้อยละ 12.50) ในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 6 ราย จาก 32 ราย (ร้อยละ 18.80) และในปี 2567 พบ 8 ราย จาก 39 ราย (ร้อยละ 20.50) โดยพบอายุน้อยที่สุดคือ 15 ปี<sup>12</sup> ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากการสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ วัยรุ่นหญิงจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนวัยเดียวกันและทั้งคู่ไม่ได้วางแผนสำหรับการใช้ชีวิตคู่หรือการวางแผนครอบครัวร่วมกัน และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่ปลอดภัย และตั้งครรภ์ตามมาทำให้ต้องหยุดเรียน จากการสนทนากลุ่มย่อยของเจ้าหน้าที่พยาบาลร่วมกับแกนนำผู้ปกครองและผู้บริหารสถานศึกษาในพื้นที่พบว่า สาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่

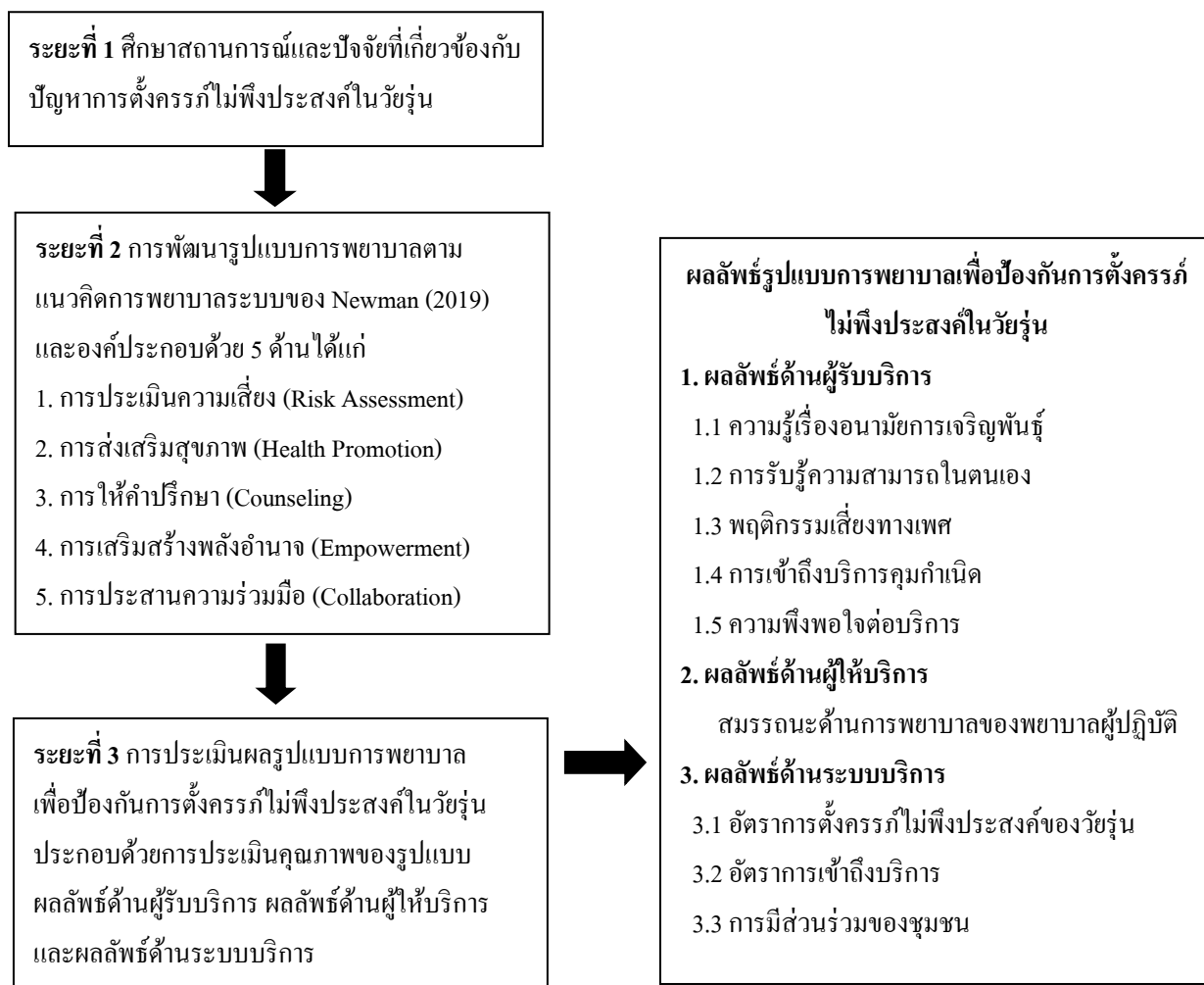
ตำบลย่อ ได้แก่ เด็กนักเรียนหรือวัยรุ่นยังขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา ขาดทักษะชีวิตในการป้องกันตนเอง ทั้งทักษะการปฏิเสธและการควบคุมตนเอง ขาดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่ตามมาของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ วัยรุ่นหลายคนยังไม่เข้าใจถึงวิธีการคุมกำเนิดและวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ ส่วนปัญหาด้านผู้ปกครอง ขาดการสื่อสารเรื่องทางเพศกับเด็กอย่างถูกต้อง ตลอดจนขาดการแนะนำทักษะที่จำเป็นสำหรับวัยรุ่น ทั้งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและด้านอื่น ๆ จากการวิเคราะห์ถึงระบบการแก้ไขปัญหายุวชนในชุมชนเกี่ยวกับ ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่ยังขาดการศึกษา รูปแบบการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหายุวชนในวัยรุ่นที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง ชุมชนยังไม่มีรูปแบบหรือวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคล ไม่ควรยุ่งเกี่ยว และรูปแบบการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ยังเป็นการบริการเชิงรับ การให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาเมื่อเกิดปัญหาแล้ว ทำให้ปัญหาของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น จึงไม่ได้รับการแก้ไข

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหน้าที่ทางการพยาบาลแก่ประชาชนในพื้นที่ จึงสนใจแก้ไขปัญหายุวชนในวัยรุ่น โดยใช้แนวคิดการพยาบาลระบบของนิวมาน<sup>8</sup> ที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคลในกลุ่มวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และจากการศึกษาการใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้และคำปรึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจและการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น<sup>10</sup> ตอบสนองนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัชการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 ในปีพ.ศ. 2560-2569 ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ การป้องกันและแก้ไขปัญหายุวชนในวัยรุ่นที่ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะในวัยรุ่น และส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพและเป็นมิตร<sup>13</sup> และเป็นการพัฒนาด้านวิชาการการพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก้ไขปัญหาสุขภาพแก่ประชาชนได้ สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นและครอบครัว ตลอดจนการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ HE 6817 ลงวันที่ 10 เมษายน 2568 รวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ประกอบด้วย

**ระยะที่ 1** การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดย 1) ประสานความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยกับผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่อ ผู้ปกครองวัยรุ่น ตลอดจนผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ และเตรียมความพร้อมด้านเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้วิจัย 2) การประชุมกลุ่มย่อยของกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบหรือผู้มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นในตำบลย่อ จำนวน 50 คน ประกอบด้วย แกนนำวัยรุ่นหญิง แกนนำผู้ปกครอง บุคลากรด้านสุขภาพ

ในพื้นที่ ครูจากสถานศึกษาและผู้นำชุมชน 10 คน เพื่อสะท้อนปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในวัยรุ่น โดยการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ 3) ขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง และเมื่อได้รับการยินยอม จะสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแก่นักวัยรุ่นหญิงและตัวแทนผู้ร่วมพัฒนารูปแบบถึงประสบการณ์ มุมมองความคิด ความต้องการความช่วยเหลือและแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และผู้วิจัยสรุปและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบพัฒนาการพยาบาล** เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ตำบลย่อ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดย 1) ผู้วิจัยทบทวนแนวคิดวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) สร้างรูปแบบการพัฒนาโดยประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษาศถานการณ์ปัญหาและอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อที่ได้จากในระยะเวลาที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ 3) ร่วมกันร่างรูปแบบแนวทางต้นแบบ (Prototype design) การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยผู้ร่วมพัฒนาและมีที่ปรึกษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่านตรวจสอบ ประกอบด้วย ชุดกิจกรรม 5 ด้าน คือ ด้านที่ 1 การประเมินความเสี่ยง ด้านที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ด้านที่ 3 กิจกรรมการให้คำปรึกษา ด้านที่ 4 กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านที่ 5 กิจกรรมประสานความร่วมมือ จากนั้นผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 41 คน จำนวน 6 ครั้งใน 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ระหว่างวันที่ 6 พฤษภาคม - 13 มิถุนายน 2568 ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** (ครั้งที่ 1) การประเมินความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เป็นกิจกรรมให้กลุ่มวัยรุ่นประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย

1) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมทางเพศทั้งการคบเพื่อน การใช้สื่อ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด

2) การประเมินปัจจัยครอบครัว โดยใช้แบบประเมิน 3 ส่วนคือ (1) สัมพันธภาพในครอบครัว (2) ประเมินการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และ (3) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

3) การประเมินปัจจัยแวดล้อม โดยใช้แบบประเมิน 3 ส่วนคือ (1) สสำรวจสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เป็นความเสี่ยง (2) วิเคราะห์อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและสังคม (3) ประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน

**สัปดาห์ที่ 2** (ครั้งที่ 2) ด้านที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ด้วยการอบรมความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาที่ถูกต้อง การวางแผนครอบครัว ความรับผิดชอบต่อตนเองและคู่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนากิจกรรมจัดการอารมณ์และความเครียด

**สัปดาห์ที่ 3** (ครั้งที่ 3) ด้านที่ 3 กิจกรรมการให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมที่หน่วยบริการสุขภาพ จัดคลินิกให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นด้านการคุมกำเนิด ปัญหาของวัยรุ่น ปัญหาด้านครอบครัวของวัยรุ่น และการคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่น เป็นกิจกรรมที่ให้บริการอย่างต่อเนื่องในวันและเวลาราชการ

**สัปดาห์ที่ 4** (ครั้งที่ 4) ด้านที่ 4 กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยจัดกิจกรรมฝึกอบรมแก่วัยรุ่น 1 วัน เกี่ยวกับทักษะชีวิตที่จำเป็นของวัยรุ่น ได้แก่ ทักษะการปฏิเสธและการต่อรอง ทักษะการปฏิเสธ (Say No) เมื่อไม่พร้อม การสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าตนเอง (Self-esteem) เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะการตัดสินใจและจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สัปดาห์ที่ 5** (ครั้งที่ 5) ด้านที่ 5 กิจกรรมประสานความร่วมมือ เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ และนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งสถานศึกษา องค์กรในชุมชนและสาธารณสุข การมีคณะทำงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชุมชนเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนา (Repairable) ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เมื่อได้รูปแบบที่สมบูรณ์ จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

**ระยะที่ 3** ประเมินผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือผู้วิจัยจัดประชุมอบรมเพื่อทำความเข้าใจแก่นบุคลากรและคณะทำงาน ประชุมชี้แจงเพื่อนำรูปแบบสู่การปฏิบัติ การสื่อสารของบุคลากรและภาคีเครือข่ายสุขภาพ
- 2) ประเมินสมรรถนะการพยาบาลผู้ให้บริการ โดยใช้แบบประเมินกับพยาบาลผู้ปฏิบัติ 5 คน
- 3) นำรูปแบบพัฒนาการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นที่ปรับปรุงและสมบูรณ์แล้ว ในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ระหว่างวันที่ 18 มิถุนายน - 30 ตุลาคม 2568 ระยะเวลา 5 เดือน โดยแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 5 ด้าน คือ ด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และด้านการประสานความร่วมมือ 3) ติดตามผลและวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น โดยผู้วิจัย 4) สรุปผลและถอดบทเรียนรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ตำบลยอ พร้อมการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดเป็นหมวดหมู่ของแต่ละประเด็นจากขั้นตอนของการประชุมกลุ่มย่อย การนำเสนอปัญหาและแนวทางปฏิบัติ วิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically analysis) จากการสัมภาษณ์ และสรุปผลรูปแบบจากการถอดบทเรียน และ 3) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6817 ลงวันที่ 10 เมษายน 2568 เนื่องจากการวิจัยรวบรวมข้อมูลในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและข้อจำกัดในการวิจัย และได้ขอความยินยอมจากอาสาสมัครร่วมด้วย ในระหว่างการวิจัย หากผู้เข้าร่วมวิจัยประสงค์ยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการศึกษา สามารถทำได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลเสียสิทธิและประโยชน์ใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของตนเอง และจะสรุปผลการวิจัยออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมกับผู้ปกครองหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลงชื่อยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเอกสารชี้แจงและขอความร่วมมือ แบบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และแบบขอขเว้นการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงนาม หากพบความผิดปกติจะหยุดการวิจัยชั่วคราวและอาจแจ้งสิทธิถอนตัวหรือยุติโครงการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่ออาสาสมัคร

## ผลการวิจัย

### 1. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน ประกอบด้วย แกนนำวัยรุ่นหญิง 15 คน แกนนำผู้ปกครอง 15 คน บุคลากรด้านสุขภาพและครูจากสถานศึกษา 10 คน และผู้นำชุมชน 10 คน สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในพื้นที่พบว่า มีสาเหตุมาจาก 1) ด้านความรู้ พบว่า วัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษา ขาดการวางแผน เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อิงแผนไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง 2) พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การเที่ยวกลางคืน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการยับยั้งชั่งใจ 3) ปัญหาครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่วัยรุ่นหญิงที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ 4) อิทธิพลจากเพื่อนที่มีแฟน 5) ทศนคติ ค่านิยมที่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันเหมาะสมเป็นเรื่องปกติ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นจากการสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) เข้าถึงสื่อง่าย 2) ผู้ปกครองไม่มีเวลา 3) ไม่กล้าคุยเรื่องเพศ 4) ขาดความรู้เรื่องการป้องกัน ข้อมูลความต้องการการสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) การมีคลินิกวัยรุ่นที่เข้าถึงง่าย 2) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองของวัยรุ่น และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เพิ่มเติมได้แก่ 1) ควรดำเนินสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มวัยรุ่น 2) ส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว

## 2. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและการทดลองใช้

รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น มี 3 ประเด็น คือ (1) การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ประเมินพฤติกรรมทางเพศ การคบเพื่อน การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด (2) การประเมินปัจจัยครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเมินการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ (3) การประเมินปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ สภาวะสุขภาพแวดล้อมในชุมชนที่เป็นความเสี่ยง วิเคราะห์อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนและสังคม และประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุน 2) การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ด้วยการอบรมความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาที่ถูกต้อง การวางแผนครอบครัว ความรับผิดชอบต่อตนเองและคู่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด 3) การให้คำปรึกษา ประกอบด้วย การจัดคลินิกให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นด้านการคุมกำเนิด การแก้ไขปัญหาวัยรุ่น ปัญหาด้านครอบครัวและการคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่น 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะชีวิตในวัยรุ่น ทักษะการปฏิเสธ การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจ การสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าตนเอง (Self-esteem) การเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และ 5) การประสานความร่วมมือ ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สนับสนุนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งสถานศึกษา สาธารณสุขและองค์กรในชุมชน การมีคณะทำงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชุมชนเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย มีผลการดำเนินการ ดังนี้

**ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ** พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมวิจัยจำนวน 41 คน เป็นเพศหญิงทั้ง 41 คน อายุระหว่าง 15-19 ปี ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 23 คน (ร้อยละ 56.10) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 18 คน (ร้อยละ 43.90) อาศัยอยู่กับบิดามารดา จำนวน 31 คน (ร้อยละ 75.61) และอาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 24.39) และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท จำนวน 26 คน (ร้อยละ 63.41) รายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท จำนวน 10 คน (ร้อยละ 24.39) และน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.19)

ผลการทดสอบรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 41 คน พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -6.41, p < .01$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น  
ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 41)

รูปแบบ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์	12.25	3.05	15.32	2.35	8.37	.01*
2. การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.22	0.80	4.21	0.61	7.36	.01*
3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	3.44	0.91	2.47	0.75	-6.41	.01*
4. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด	2.38	0.88	3.85	0.65	9.24	.01*
5. ความพึงพอใจต่อบริการ	3.29	0.84	4.38	0.45	8.63	.01*

*p-value < .01, t: Paired t-test*

ผลการประเมินรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เมื่อได้รูปแบบการพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน เพศหญิง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 100.00) มีอายุระหว่าง 35-45 ปี (Mean = 41.40, S.D. = 3.78) มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการดูแลกลุ่มวัยรุ่นระหว่าง 8-12 ปี (Mean = 10.00, S.D. = 1.58) ก่อนการทดลองมีผลการประเมินสมรรถนะการพยาบาลเฉลี่ย 3.23 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 (ร้อยละ 33.44)

สำหรับผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -7.95, p < .01$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น  
ก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n = 120)

	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
1. ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์	12.45	3.21	16.85	2.45	9.45	.01*
2. การรับรู้ความสามารถในตนเอง	3.14	0.85	4.25	0.65	8.78	.01*
3. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	3.85	0.92	2.15	0.75	-7.95	.01*
4. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด	2.45	0.88	4.15	0.62	10.12	.01*
5. ความพึงพอใจต่อบริการ	3.25	0.82	4.45	0.48	9.35	.01*

*p-value < .01, t: Paired t-test*

**ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ** ในกลุ่มเป้าหมายคือหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี จำนวน 120 คน ใน 8 ชุมชน โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระบบบริการก่อนและหลังการใช้รูปแบบพบว่า อัตราการตั้งครรภ์ต่อพันประชากรของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นลดลงร้อยละ 37.56 จำนวนวัยรุ่นหญิงที่รับบริการคุมกำเนิดต่อเดือนเพิ่มขึ้นจาก 15 คน เป็น 38 คน (ร้อยละ 153.33) และ จำนวนเครือข่ายในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 3 ชุมชน เป็น 8 ชุมชน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระบบบริการก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	ผลการเปลี่ยนแปลง
1. อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ต่อพันประชากร)	20.50	12.80	ลดลง 7.7 (ร้อยละ 37.56)
2. จำนวนวัยรุ่นที่เข้าถึงบริการ (ราย/เดือน)	15	38	เพิ่มขึ้น 23 คน (ร้อยละ 153.33)
3. จำนวนเครือข่ายในชุมชน (แห่ง)	3	8	เพิ่มขึ้น 5 ชุมชน

จะเห็นได้ว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) ต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น 2) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เพื่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างความรู้ความตระหนักรู้ด้วยการอบรมความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาที่ถูกต้อง การวางแผนครอบครัว ความรับผิดชอบตนเองและคู่ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์และความเครียด 3) การให้คำปรึกษา (Counseling) ประกอบด้วย การจัดคลินิกให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นด้านการคุมกำเนิด การแก้ไขปัญหาของวัยรุ่น ปัญหาด้านครอบครัวและการคบเพื่อนต่างเพศของวัยรุ่น 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ประกอบด้วย การส่งเสริมทักษะชีวิตในวัยรุ่น ทักษะการปฏิเสธ การสร้างความตระหนักรู้ในคุณค่าตนเอง (Self-esteem) เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง 5) การประสานความร่วมมือ (Collaboration) ของครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งสถานศึกษา องค์กรในชุมชน และสาธารณสุข เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

### อภิปรายผล

ผลจากการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลยอ เป็นการพัฒนาารูปแบบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกับการตรวจสอบและการให้คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จนได้รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลยอที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง ด้านการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 2) การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น 3) การให้คำปรึกษา เพื่อแก้ไขปัญหาของวัยรุ่น 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจและส่งเสริมทักษะชีวิตของวัยรุ่น และ 5) การประสานความร่วมมือ ระหว่างครอบครัว องค์กรชุมชน สถานศึกษา และหน่วยงานสาธารณสุข และสนับสนุนบทบาทของ

ครอบครัวและผู้ปกครอง ครูและสถานศึกษา หน่วยบริการสาธารณสุข ผู้ให้บริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทของวัยรุ่นและเยาวชนที่ควรตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อตัวเอง และผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ารูปแบบการพยาบาลโดยรวมมีคุณภาพในระดับมาก ทั้งด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ด้านความเหมาะสม ด้านความครอบคลุม และด้านความเป็นไปได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลระบบของ Newman<sup>8</sup> ที่กล่าวว่ารูปแบบการดูแลทางการพยาบาลควรครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลวัยรุ่นต้องครอบคลุมทั้งการประเมินความเสี่ยง การส่งเสริมการป้องกัน การเสริมพลัง และการประสานความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ร้อยละ 32-45<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลวัยรุ่นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้<sup>14</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาการทำงานแบบบูรณาการหลายองค์ประกอบช่วยเพิ่มประสิทธิผลการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เช่นเดียวกัน<sup>10</sup>

การประเมินผลรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ที่พัฒนาขึ้นพบว่า 1) สมรรถนะการพยาบาลผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาารูปแบบ ทั้งด้านการประเมินความเสี่ยง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และด้านการประสานความร่วมมือ 2) วัยรุ่นหญิงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และมีความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การประเมินผลลัพธ์ด้านระบบบริการสามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นลงได้ร้อยละ 37.56 วัยรุ่นหญิงเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 153.33 และชุมชนทุกแห่งมีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในทุกชุมชน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เกิดจากกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้และพัฒนาตนเองของวัยรุ่น การให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องของหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่ กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาทักษะชีวิตของวัยรุ่น และการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัว องค์กร ชุมชน สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และบทบาทความรับผิดชอบต่อตนเองของวัยรุ่นเอง จึงทำให้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถนะในการประเมินความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการป้องกันปัญหาในวัยรุ่น<sup>9</sup> สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นร่วมกับการทำงานเชิงรุกสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>15</sup> และเช่นเดียวกับการศึกษาการปรับปรุงคุณภาพบริการตามความต้องการของวัยรุ่นช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความร่วมมือในการรับบริการ<sup>16</sup>

รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นได้ ซึ่งเป็นผลจากการส่งเสริมบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น ทั้งบทบาทครอบครัวและผู้ปกครอง ที่ให้ข้อมูลเพศศึกษาที่ถูกต้องแก่บุตรหลานอย่างเปิดเผย มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและเป็นที่ปรึกษาในการตัดสินใจเมื่อเกิดปัญหา และครูในสถานศึกษาได้สนับสนุนสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต การจัดระบบดูแลช่วยเหลือ การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์ (Safe zone) เพื่อทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับวัยรุ่นในสถานศึกษา รวมถึงบทบาทของหน่วยบริการสาธารณสุขและพยาบาลผู้ให้บริการ ที่จัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (Youth-friendly health services) ในการเข้าถึงบริการได้ง่ายและเป็นความลับ การให้คำปรึกษาและบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การสนับสนุนจากชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การมีภาคีเครือข่ายความร่วมมือ การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์ในชุมชน การสนับสนุนทรัพยากรในการทำงานในพื้นที่ และท้ายที่สุดคือ บทบาทของวัยรุ่นและเยาวชนผู้รับผิดชอบตัวเอง ที่มีความตระหนักถึงความรับผิดชอบและผลกระทบที่จะตามมา การมีทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ซึ่งจากการวิจัยสามารถสรุปรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นตำบลย่อ อำเภอกำแพงแก้ว จังหวัดยโสธร ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ภาครัฐควรถูกกำหนดนโยบายส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม มีการพัฒนาระบบการให้ความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในสถานศึกษาอย่างครอบคลุม และภาครัฐควรมีแผนงานด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

2. ควรส่งเสริมการทำงานเชิงรุกในวัยรุ่นกลุ่มเป้าหมายในระดับครอบครัวและชุมชน และพัฒนาระบบบริการให้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารในครอบครัวเพื่อความรู้เรื่องเพศศึกษาและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization(WHO). Adolescent pregnancy fact sheet 2023. [Cites 2026 Jan 30], Available from: WHO website: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
2. United Nations Population Fund. Adolescent pregnancy global report 2023. [Cites 2026 Jan 30], Available from: <https://www.unfpa.org/>.
3. Centers for disease control and prevention. Teen pregnancy 2023. [Cites 2026 Jan 30], Available from: <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/>.
4. Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. Report on adolescent birth rates in Thailand, 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.
5. Malakham W. Development of measurement instruments for behavioral and science research (3<sup>rd</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023.
6. Katta W, Somkamlang P, Artsilpa C. Outcomes of a family - based adolescent pregnancy prevention program in Si Songkhram District, Nakhon Phanom Province. MKHJ. 2022; 19(2):154-163.
7. Komasitsun C. Development of a model for prevention and resolution of adolescent pregnancy Problems in Suphan Buri Province. Journal of Public Health. 2018; 27(2): 253-267.
8. Newman M. Health as expanding consciousness. 3<sup>rd</sup> ed. Sudbury MA: Jones & Bartlett; 2019.
9. Sunarsih T, Astuti EP, Shanti EFA, Ambarwati ER. Health promotion model for adolescent reproductive health. Electron J Gen Med. 2020: 17(3); em212.

10. Office of Public Health, Sisaket Province. Adolescent birth situation report, Sisaket Province, 2023.Sisaket: Office of Public Health, Sisaket Province; 2024.
11. Tambon Buay Health Promoting hospital, Sisaket Provincial Public Health Office. Annual public health performance report 2024. Sisaket:Tambon Buay Health Promoting Hospital; 2024.
12. Department of Health, Ministry of Public Health. Operational plan under the national strategy for enhancing quality adolescent briths, Phase 2 (2017-2026): toward the promotion of intended and quality births. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health; 2017.
13. Putri YHS, Maryati I, Solehati T. Intervention to improve sexual and reproductive health related knowledge and attitude among the adolescents: scoping review. Risk Manag Healthc Policy. 2025; 18; 105-16.
14. Eniola K. Improving access to adolescent primary health care services. SMJ. 2022; 115(11); 831-2.

# การพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบเอ็มอาร์เอ็ม

ศศิธร สุวรรณบุตร\* พย.บ

พิกุล สุรจันทร์\* พย.บ

กาญจนา ปัญญาธร\*\* พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

ทรรศนีย์ นครชัย\*\*\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

## บทคัดย่อ:

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Modified radical mastectomy (MRM) การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 ราย และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวน 32 ราย ใช้วิธีการคัดเลือกโดยการเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้สำหรับพยาบาล แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย และแบบบันทึกอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และ Wilcoxon sign rank test

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติทุกรายมีความรู้ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนการปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกรายไม่เกิดอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ แสดงว่า แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM มีประสิทธิภาพมากขึ้น

**คำสำคัญ:** แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด, ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม, การผ่าตัดแบบ MRM

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

\*\* อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

\*\*\* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, Email: [tasuch.na@gmail.com](mailto:tasuch.na@gmail.com)

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 มิถุนายน 2569 วันตอบรับบทความ 12 มิถุนายน 2569

## **Development of Perioperative Nursing Practice Guidelines for Modified Radical Mastectomy: MRM**

*Sasitorn Suwannabutr\* B.N.S.*

*Pikul Surakhun\* B.N.S.*

*Kanchana Panyathorn\*\* M.N.S. (Community Nursing)*

*Tassanee Nakhonchai\*\*\* M.N.S. (Adult Nursing)*

### **Abstract:**

This research and development study aimed to develop and evaluate the effects of an operating room nursing practice guideline for the care of breast cancer patients undergoing Modified Radical Mastectomy (MRM). The research process consisted of four phases: (1) identifying clinical problems, (2) searching for evidence-based information related to the clinical issues, (3) developing and piloting the nursing practice guideline, and (4) implementing the guideline in the clinical setting. The sample consisted of 8 registered nurses and 32 breast cancer patients selected through purposive sampling. The research instrument was the operating room nursing practice guideline for the care of breast cancer patients undergoing MRM. Data collection instruments included a knowledge test for nurses, a practice assessment form for compliance with the nursing practice guideline in caring for breast cancer patients undergoing MRM, a patient knowledge test, and an incident and adverse event recording form. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that all registered nurses who implemented the guideline achieved a high level of knowledge, with mean knowledge scores significantly higher after implementation ( $p < .05$ ). Their nursing practice scores in the care of breast cancer patients undergoing MRM during the preoperative and postoperative periods were also significantly improved compared with those before implementation ( $p < .05$ ). In addition, breast cancer patients who received care according to the guideline demonstrated a significant difference between pre-implementation and post-implementation mean knowledge scores ( $p < .05$ ). No adverse incidents were reported among any of the patients. These findings indicate that the operating room nursing practice guideline for the care of breast cancer patients undergoing MRM enhanced the effectiveness of nursing practice among operating room nurses in caring for breast cancer patients undergoing MRM.

**Keywords:** Perioperative nursing practice guidelines, Breast cancer patients, Modified radical mastectomy (MRM)

---

*\* Advanced Practice Nurse, Perioperative Nursing Unit, Udonthani Cancer Hospital*

*\*\* Department of Community Health Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus*

*\*\*\* Corresponding author, Senior Advanced Practice Nurse, Nursing Academic Division, Udonthani Cancer Hospital,*

*Email: [tasuch.na@gmail.com](mailto:tasuch.na@gmail.com)*

*Received November 19, 2025, Revised June 9, 2026, Accepted June 12, 2026*

## ความสำคัญของปัญหา

ในปี ค.ศ. 2022 มะเร็งเต้านม (Breast cancer) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก ประมาณ 670,000 คน และเป็นมะเร็งในสตรีที่พบบมากที่สุด<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ จำนวน 21,628 ราย<sup>2</sup> รวมทั้งจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 483 ราย 486 ราย และ 562 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>3</sup> ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมเป็นการรักษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และรังสีรักษา ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น<sup>4</sup> การผ่าตัดมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมดหรือบางส่วน (Simple mastectomy: SM) การผ่าตัดเต้านมต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดหรือบางส่วน (Simple mastectomy with sentinel lymph node biopsy: SLNB) และการผ่าตัดเต้านมชนิดถอนรากแบบดัดแปลง (Modified radical mastectomy: MRM) การผ่าตัดแบบ MRM เป็นแนวทางการผ่าตัดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 โดยสามารถกำจัดเซลล์มะเร็งได้อย่างครอบคลุม ลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ และช่วยให้สามารถประเมินการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองได้อย่างแม่นยำ ซึ่งมีความสำคัญต่อการกำหนดระยะของโรคและการวางแผนการรักษาเพิ่มเติม นอกจากนี้ การผ่าตัดแบบ MRM ยังเป็นวิธีที่มีแนวทางการรักษาชัดเจน ีต่อการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคในระยะยาว<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามการผ่าตัด MRM มีความซับซ้อนและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การสูญเสียเลือด การบาดเจ็บของเส้นประสาท การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และภาวะแขนบวมจากน้ำเหลืองคั่ง<sup>6</sup>

จากการทบทวนมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพบว่า ในการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือให้การผ่าตัดราบรื่น ปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน โดยระยะก่อนผ่าตัด ต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดดูแลความปลอดภัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การป้องกันการพลัดตกจากการเคลื่อนย้าย การบาดเจ็บจากการจัดท่า การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ และการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกาย การลืมนอุปกรณ์ภายในตัวผู้ป่วย ระยะหลังผ่าตัดดูแลเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ติดตามประเมินหลังผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง เป็นต้น สอดคล้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบถอนรากชนิดดัดแปลง โดยระยะก่อนผ่าตัดมีการประเมินความพร้อมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีการให้ความรู้การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด มีการวัดแขนเพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบหลังผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดมีการเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และการคำนึงถึงความปลอดภัย ระยะหลังผ่าตัด 1-7 วัน มีการให้ความรู้เพื่อป้องกันข้อไหล่ติด แขนบวม การดูแลแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และป้องกันสายระบายอุดตัน ระยะจำหน่าย มีการทบทวนความรู้ซ้ำและให้คำแนะนำการมาติดตามการรักษาตามนัดและการสังเกตอาการผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ไม่พบแผลผ่าตัดมีเลือดซึม ไม่พบแผลผ่าตัดติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะน้ำเหลืองคั่ง ไม่มีแขนบวม และไม่มีข้อไหล่ติด<sup>7</sup>

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับสถิติย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบ จำนวน 46, 60 และ 77 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> และจากการทบทวนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด MRM ของพยาบาลห้องผ่าตัดย้อนหลัง 9 เดือน (ตุลาคม 2566 – มิถุนายน 2567) จำนวน 40 ราย พบปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ในระยะต่าง ๆ ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด จำนวน 9 คน ระยะระหว่างผ่าตัดพบว่า มีการเตรียมเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ในการจัดทำผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน จำนวน 2 ครั้ง และระยะหลังผ่าตัดพบว่า มีผู้ป่วย Re-operation เนื่องจากภาวะเลือดออกมาก จำนวน 1 คน สายระบายเลือดและน้ำเหลืองอุดตัน จำนวน 4 คน จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด และด้านหน่วยงาน ขาดแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องผ่าตัดที่ใช้สำหรับเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมชนิด MRM<sup>9</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดได้ไม่ครอบคลุมและไม่มีการให้ข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามระยะการผ่าตัด ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

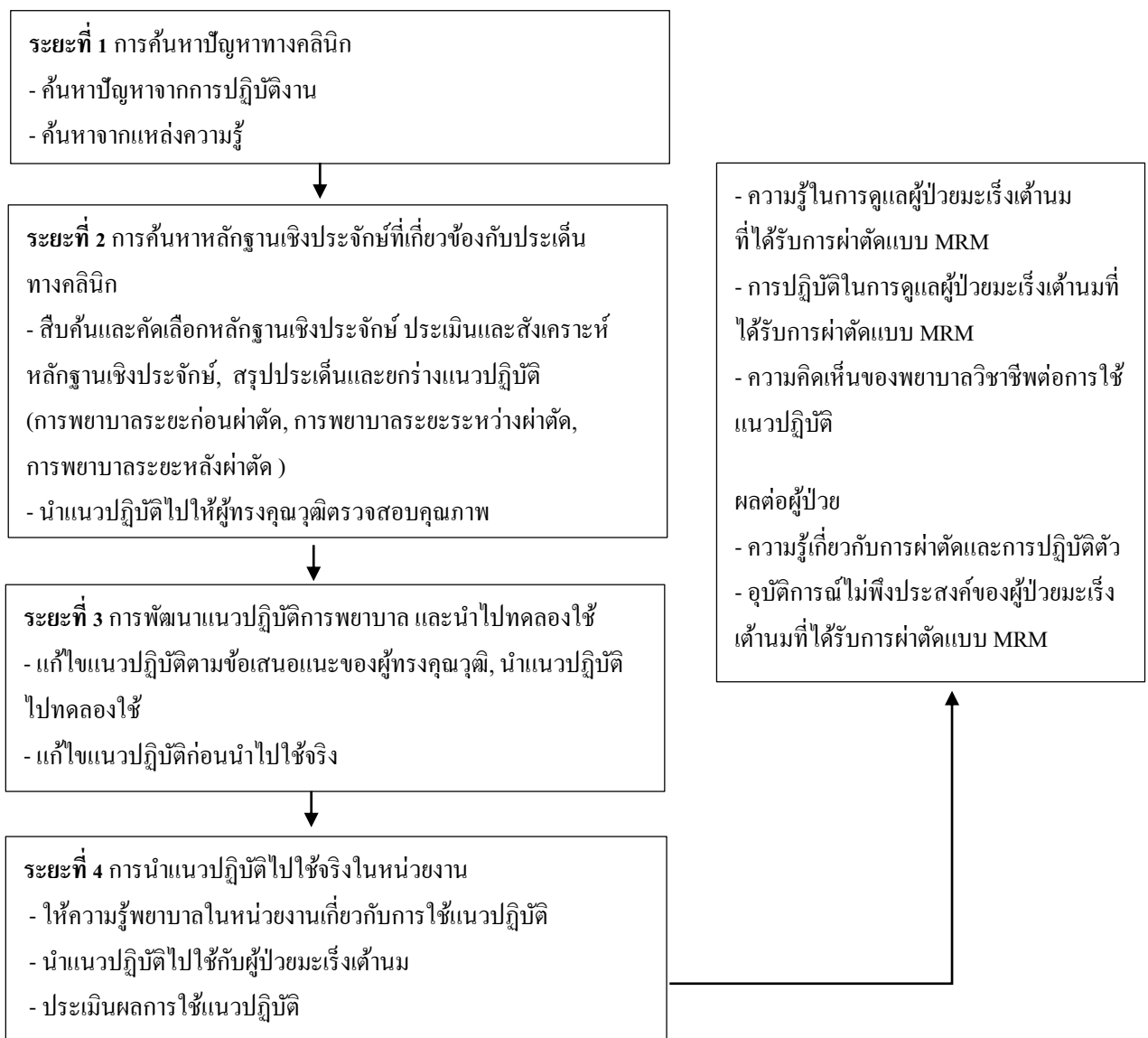
### วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
- 2) พัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
- 3) เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของ ชูชีพ ร่วมกับนำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผน เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติและเน้นการพัฒนาแก้ไขปัญหาทางคลินิกให้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการทำงาน และการแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้แนวทางในการปฏิบัติที่เฉพาะเจาะจงกับ

หน่วยงานอย่างชัดเจน รวมทั้งมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติมากที่สุดภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เริ่มจากการค้นหาปัญหาทางคลินิกที่เป็นปัจจัยกระตุ้นจากการปฏิบัติงาน และจากแหล่งความรู้ หลังจากนั้นทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีการและแหล่งสืบค้นที่หลากหลาย ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้จากการทบทวนหลักฐานงานวิจัยเชิงทดลองและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดอย่างเป็นระบบ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ระยะการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก (Evidence supported phase) ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก** คือ 1) การค้นหาปัญหาจากการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM โดยการพิจารณาจากประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การสอบถามและสัมภาษณ์พยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากแบบบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยง และตัวชี้วัดในหน่วยงาน นำมาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และ 2) ศึกษาจากแหล่งความรู้ โดยทำการค้นคว้าเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม ดำรงงานวิจัยแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แนวปฏิบัติทางคลินิก บทความ แนวทางและรูปแบบการพัฒนางาน การสังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เพื่อให้การดูแลครอบคลุมแบบองค์รวมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด แล้วนำมาประยุกต์ใช้และช่วยในการกำหนดประเด็นที่สำคัญ

**ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องประเด็นทางคลินิก** ผู้วิจัยสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2566 ตามกรอบของ PICO framework<sup>10</sup> จากฐานข้อมูล CINAHL, Pub Medicine, Thai Jo, Google Scholar, www.guideline.gov, www.sing.ac.uk และประเมินและสังเคราะห์หลักฐาน จัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์จากสถาบัน โจแอนนาบริกส์ และสรุปประเด็นที่คัดเลือกได้จากหลักฐานและสร้างแนวปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจึงนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและด้านการผ่าตัด จำนวน 2 คน ตรวจสอบคุณภาพ ประเมินความตรงของเนื้อหา ภาษา ความเหมาะสมและมีความชัดเจนของแนวปฏิบัติ

**ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงาน** นำแนวปฏิบัติมาพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรในการวิจัยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลกุมภวาปี ได้แก่ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ห้องผ่าตัด จำนวน 15 ราย และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM จำนวน 15 ราย จากนั้นการประเมินผลการทดลองใช้

**ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน** นำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

### กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงจำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1) พยาบาลวิชาชีพ รวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 และ 4 เป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดและสมัครใจเข้าร่วม โครงการ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ พยาบาลที่ไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงหรืออยู่ในช่วงแพร่กระจายเชื้อ

2) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม รวบรวมข้อมูลใน ระยะที่ 4 คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ MRM โรงพยาบาลมะเร็งอุตรธานี เลือกแบบเจาะจงในทะเบียนรายชื่อ มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบบ MRM เคยหรือไม่เคยผ่าตัดข้างใดข้างหนึ่งมาแล้ว ได้รับการนัดหมายผ่าตัดล่วงหน้า เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 20 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ มีโรคร่วมเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่อยู่ในช่วงแพร่กระจายเชื้อ เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G\*Power สำหรับการทดสอบกลุ่มเดียว วัดก่อนหลังการทดลอง อาศัยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยใกล้เคียงที่ผ่านมาของกาญจนา วรรณไชย และ อภิชาติ สุนทร<sup>11</sup> ได้ขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) 0.65 ได้กลุ่มตัวอย่าง 28 ราย และผู้วิจัยคำนึงถึงอัตราการออกจากกรวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ประกอบด้วย การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และ แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วยเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ทั้ง 2 แบบทดสอบ มีจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบใช่ และไม่ใช่ ข้อคำถามด้านบวกมี 12 ข้อ ถ้าตอบว่า ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน ข้อคำถามด้านลบมี 12 ข้อ ถ้าตอบว่า ใช่ ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 9-16 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 17-24 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ประกอบด้วย การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด 30 ข้อ

การพยาบาลระยะผ่าตัด 89 ข้อ การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 58 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ ปฏิบัติการให้คะแนน ตอบปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน 3) แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตรวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด การกำหนดคะแนนโดยการให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ และ 4) แบบบันทึกอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบบันทึกอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด จำนวน 15 ข้อ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและด้านการผ่าตัด จำนวน 2 คน ค้นหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ได้ค่า CVI = 1.0 แบบทดสอบความรู้ของพยาบาล CVI = .86 แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาล CVI = .96 แบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ CVI = 1.0 แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย CVI = .88 แบบบันทึกอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด มีค่า CVI = 1.0 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 15 คน ที่โรงพยาบาลกุมภวาปี (พยาบาล 15 คน และ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 15 คน) หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยแบบประเมินความคิดเห็นของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96 ส่วนแบบทดสอบความรู้ของพยาบาล แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ป่วย ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นจากสูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน โดย หาค่า KR-20 มีค่าเท่ากับ .88 และ .92 ตามลำดับ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้างานกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมตรวจสอบรายชื่อพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และรายชื่อผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในหน่วยงาน ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมและรังสีรักษา หอผู้ป่วยพิเศษ และงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง มีวิธีการดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

- 1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง)
- 2) ให้ความรู้แก่พยาบาลและให้พยาบาลนำแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และประเมินการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง)
- 4) ประเมินความพึงพอใจ และความคิดเห็นของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.2 กลุ่มผู้ป่วย

- 1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ครั้งที่ 1 (ก่อนการทดลอง)
- 2) ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
- 3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ครั้งที่ 2 (หลังการทดลอง)
- 4) ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM
- 5) ประเมินอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด
- 6) ประเมินความพึงพอใจต่อการบริการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM
- 7) ประเมินอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด

**จริยธรรมการวิจัย**

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH\_COA 031/ 2025 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2568 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าจะเก็บเป็นความลับและนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิจัยนี้ใช้ 1) ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างข้อมูลอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ ภาวะแทรกซ้อน ค่าคะแนนความรู้ ทักษะปฏิบัติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้-ค่าคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM และค่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังทดสอบการแจกแจง ข้อมูลพบการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ Wilcoxon sign rank test และ 3) วิเคราะห์ เนื้อหา

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก การศึกษาปัญหาและสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM พบว่า พยาบาลจำนวน 8 คน มากกว่าครึ่งหนึ่งยังไม่ผ่านการอบรม เฉพาะทางผู้ป่วยผ่าตัด 4 เดือน (ร้อยละ 62.50) มีอายุงาน 7-9 ปี (ร้อยละ 37.30) รองลงมาเป็นบุคลากรใหม่ อายุงานไม่เกิน 3 ปี (ร้อยละ 25.00) ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ใหญ่ ที่เป็นภาพรวมแต่ไม่ได้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบ MRM ทำให้มีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลทั้งในระยะ ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด**

ด้านการให้บริการผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องโรคและการ ปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด มีการเตรียมเครื่องจี้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ในการจัดทำผ่าตัด ไม่พร้อมใช้งานและในระยะหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ที่ห้องพักฟื้น มีผู้ป่วย Re-operation เนื่องจากภาวะ เลือดออกมาก สายระบายเลือดและน้ำเหลืองมีการอุดตัน และระยะหลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดหรือซีรัมค้างอยู่ใต้แผล แผลติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วย ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

**ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องประเด็นทางคลินิก และพัฒนาแนวปฏิบัติของ พยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM พบว่า มีการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM จำนวน 6 แหล่ง พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงประเด็น 26 ชื่อเรื่อง จากเรื่องเหล่านี้เมื่ออ่าน เชิงวิเคราะห์แล้ว สามารถคัดเลือก เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Nursing guideline) ได้ทั้งสิ้น 17 เรื่อง นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยหาค่า CVI = 1**

**ระยะที่ 3 ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ในหน่วยงานพบว่า จาก ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ และให้เพิ่มเติมเนื้อหาในหัวข้อการป้องกัน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ โดยให้เพิ่มการทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งที่จะทำการ ผ่าตัด (Mark site) ภายหลังแก้ไขแนวปฏิบัติแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยมากที่สุดในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด แบบ MRM และเสนอแนะให้เพิ่มเติมรายละเอียดแนวปฏิบัติในระยะผ่าตัด ควรมีภาพประกอบ ได้แก่ การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วย**

#### ระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน

กลุ่มพยาบาล ข้อมูลทั่วไป ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 36-40 ปี ร้อยละ 62.50 (Mean = 33.50, S.D. = 5.37) ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ร้อยละ 62.50 มีอายุงาน 7-9 ปี ร้อยละ 37.50

ผลการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ก่อนและหลังการทดลอง (n = 8)

ระดับความรู้	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก (17-24 คะแนน)	5	62.50	8	100.00		
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	3	37.50	0	.00		
ระดับน้อย (0-8 คะแนน)	0	.00	0	.00		
คะแนนเฉลี่ย	Mean = 17.50		Mean = 22.13		-2.52	.01*
	S.D. = 2.72		S.D. = 1.13			

\*p-value < .05; Z = Wilcoxon sign rank test

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM พบว่า หลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM แตกต่างจากก่อนทดลองในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะผ่าตัดพบว่า การปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 32 คน มีอายุเฉลี่ย 52.84 ปี (S.D. = 9.53) ครึ่งหนึ่งมีอายุ 55-66 ปี กลุ่มตัวอย่างไม่มีบุตรร้อยละ 50.00 มีสามีดูแลร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือสายอาชีพ ร้อยละ 71.88 มีประวัติการผ่าตัดเต้านมมาแล้วหนึ่งข้าง ร้อยละ 65.60 สำหรับระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 62.50 ไม่มีประวัติพันธุกรรมเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 65.60 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.50 และพบว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 ร้อยละ 31.25

ความรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัดพบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัด สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM (n = 8)

การปฏิบัติของพยาบาล	Mean	S.D.	Z	p-value
<b>ระยะก่อนผ่าตัด (30 คะแนน)</b>				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	27.38	2.06	-2.22	.026*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	29.75	.70		
<b>ระยะผ่าตัด (89 คะแนน)</b>				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	83.37	3.16	-1.61	.106
หลังใช้แนวปฏิบัติ	87.50	3.12		
<b>ระยะหลังผ่าตัด (58 คะแนน)</b>				
ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	51.50	1.85	-2.22	.027*
หลังใช้แนวปฏิบัติ	57.36	3.02		

\*p-value < .05; Z = Wilcoxon sign rank test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด (n = 32)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับมาก (17-24 คะแนน)	30	87.50	32	100.00		
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	2	12.50	0	.00		
ระดับน้อย (0-8 คะแนน)	0	.00	0	.00		
ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้	Mean = 18.75		Mean = 21.62		-4.54	.000*
	S.D = 1.72		S.D. = 1.21			

\*p-value < .05; Z = Wilcoxon sign rank test

ภาพสะท้อนของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM พบว่า หลังใช้นโยบายปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด (Mean = 4.53, S.D. = .35) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ นโยบายปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน (Mean = 4.75, S.D. = .46) รองลงมาคือ นโยบายปฏิบัติมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้รับบริการและ

ผู้ให้บริการ มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และควรมีการนำมาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง (Mean = 4.62, S.D. = .52) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความคิดเห็นของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM

ข้อที่	ความคิดเห็นของพยาบาล	Mean	S.D.
1.	ขั้นตอนง่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติ	4.25	.46
2.	การสื่อสารชัดเจนเข้าใจง่ายต่อการปฏิบัติ	4.50	.53
3.	ครอบคลุมและมีความปลอดภัย	4.50	.53
4.	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	4.62	.52
5.	มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ	4.62	.52
6.	ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.75	.46
7.	มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.62	.52
8.	ทำให้เกิดคุณภาพและความคุ้มค่าต่อหน่วยงาน	4.50	.53
9.	ควรมีการนำมาใช้ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง	4.62	.52
10.	ควรมีการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานอื่น	4.37	.52
<b>ความคิดเห็นในภาพรวม</b>		<b>4.53</b>	<b>.35</b>

การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทุกราย ไม่มีอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100.00

### อภิปรายผล

พบว่าสถานการณ์งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด มีพยาบาลปฏิบัติงานไม่เพียงพอ มีการบรรจุพยาบาลใหม่ อายุงานไม่เกิน 3 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ภาวะดังกล่าวทำให้พยาบาลขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความซับซ้อน และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ทั้งด้านการเสียเลือด การติดเชื้อ การเกิดภาวะน้ำเหลืองคั่งและการบาดเจ็บของโครงสร้างสำคัญ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian's structure-process-outcome model ที่อธิบายว่า โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เช่น จำนวนและคุณสมบัติของบุคลากร ส่งผลต่อกระบวนการดูแล และนำไปสู่ผลลัพธ์ของผู้ป่วยโดยตรง หากโครงสร้างไม่เหมาะสม ย่อมทำให้กระบวนการพยาบาลขาดประสิทธิภาพ<sup>12</sup> นอกจากนี้การที่หน่วยงานยังไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบ MRM ส่งผลให้พยาบาลต้องอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคล หรือการนิเทศจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า ซึ่งนำไปสู่ความแตกต่างของรูปแบบการดูแลและขาดความเป็นมาตรฐานในกระบวนการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างเป็นระบบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และเพิ่มความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนทางการพยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยงานที่มีพยาบาล

ใหม่จำนวนมาก<sup>13</sup> ในทำนองเดียวกัน การพยาบาลที่ไม่ยึดตามแนวปฏิบัติที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ มักนำไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้ให้การดูแล ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ และกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบริบทการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความซับซ้อนสูง<sup>14</sup> จากปัญหาและบริบทดังกล่าว การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM โดยออกแบบให้ครอบคลุมการดูแลอย่างต่อเนื่องใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อสร้างความเป็นมาตรฐานลดความแปรปรวนของการปฏิบัติ และยกระดับคุณภาพการพยาบาล ในระยะก่อนผ่าตัด แนวปฏิบัติเน้นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการรับรู้ข้อมูล รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดควรครอบคลุมการประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการเตรียมอุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความพร้อมและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สำหรับระยะระหว่างผ่าตัด แนวปฏิบัติให้ความสำคัญกับการป้องกันความเสี่ยงและการสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการพลัดตกจากการเคลื่อนย้าย การบาดเจ็บจากการจัดท่าและการใช้เครื่องมือ การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง และการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกาย<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษามาตรการด้านความปลอดภัยในระยะผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการลดความคลาดเคลื่อนและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในห้องผ่าตัด ส่วนระยะหลังผ่าตัด แนวปฏิบัติครอบคลุมการประเมินผู้ป่วยในห้องพักฟื้นและหอนอนผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออก การติดเชื้อ น้ำเหลืองคั่ง แขนบวม และข้อไหล่ติด รวมถึงการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง<sup>15</sup> สอดคล้องกับการศึกษาแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีนัยสำคัญ<sup>16</sup>

การศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติพบว่า หลังจากพยาบาลได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความรู้ในระดับมาก และมีคะแนนความรู้ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Evidence-based practice ซึ่งเน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์เข้ากับประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติ เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการพยาบาล<sup>14</sup> นอกจากนี้ พยาบาลมีความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แสดงให้เห็นถึงการยอมรับของผู้ใช้ และความเหมาะสมของแนวปฏิบัติกับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ จะมีโอกาสถูกนำไปใช้จริงและคงอยู่ในระบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน<sup>13</sup> ในด้านผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติที่เป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมการรับรู้ ความเข้าใจ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการให้ความรู้ก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีโครงสร้าง จะมีผลลัพธ์ทางคลินิกและความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเต้านมแบบ MRM<sup>17</sup>

แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM ที่พัฒนาขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล ส่งเสริมความรู้ของพยาบาล เพิ่มความรู้และความพร้อมของผู้ป่วย และยกระดับความปลอดภัยของการพยาบาล ซึ่งสะท้อนถึงคุณค่าเชิงวิชาการและการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการปฐมนิเทศบุคลากรเกี่ยวกับวิธีการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด MRM

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหลังผ่าตัด 6 เดือน และ 1 ปี และในผู้ป่วยที่ใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM

2) ควรติดตามความคงทนของความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติของพยาบาลห้องผ่าตัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดแบบ MRM อีก 6 เดือนและ 1 ปี

#### ข้อจำกัดงานวิจัย

ในการวิจัยนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กอาจเป็นข้อจำกัด จึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Breast cancer; 2026. [cited 2025 June 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
2. International agency for research on cancer. Thailand fact sheet: estimated number of new breast cancer cases in females; 2022. [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://gco.iarc.who.int>.
3. Cancer registry unit. Hospital-based cancer registry 2022. Udonthani: Udonthani Cancer Hospital; 2022. (in Thai)
4. Thai Society of Clinical Oncology. Breast cancer information; 2019. [cited 2025 Apr 16]. Available from: [https://www.thai breast.org/TH/knowledge/cancer\\_planning.html](https://www.thai breast.org/TH/knowledge/cancer_planning.html). (in Thai)

5. Wongbuddha A, Chandrachamnong P, Vachirodom D, Somintara O. Outcome of modified radical mastectomy of breast cancer in Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J.* 2020; 35(6): 656-61. (in Thai)
6. Engsirora T, Chaowchuen S. Risk factors for seroma formation after modified radical mastectomy. *Srinagarind Med J.* 2021; 36(4): 382-8. (in Thai)
7. Tehopakarn N, Maneewat T, Suwannaboon J. Development of clinical nursing practice guideline for breast cancer patients post-modified radical mastectomy in woman surgical ward 2 Suratthani Hospital, *Journal of Health Research and Innovation.* 2022; 5(1): 99-109. (in Thai)
8. Perioperative nursing division. Annual report on perioperative nursing performance. Udonthani: Udonthani Cancer Hospital; 2023. (in Thai)
9. Perioperative nursing division. Operating room risk incident report. Udonthani: Udonthani Cancer Hospital; 2024. (in Thai)
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2<sup>nd</sup>ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
11. Wannachai, K, Suntron, A. (2022). Development of a nursing model for breast cancer patients undergoing modified radical mastectomy (MRM), the operating room, Loei Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal.* 2022; 42(2): 94-104. (in Thai)
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The milbank quarterly,* 2005; 83(4): 691-729.
13. Steelman, V. M., Graling, P. R., & Perkhounkova, Y. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. *AORN journal.*2013; 97(4): 402-18.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare. 4<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
15. Puengtananukij C, Kongwong J. Nursing care of breast cancer patients undergoing surgery at outpatient department. *Nursing Journal CMU,* 2023: 50(1); 396-408.
16. Abu M A, ELssyed BB, Ahmad FA, & El AH. Assessment of preoperative and intraoperative patient safety measures in government hospitals in the Gaza Strip: The nurses' perspective. *SAGE open medicine,* 2025; 13: 20503121251393340.

# การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

## โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

บัญญัติ ผ่านจันทาร\* พย.ม.

ชญาณิศ ชำนาญจันทร์\*\* พย.บ.

อรุณรัตน์ พรหมพุทธ\*\* พย.บ.

ประภานันท์ กิติราช\*\* พบ.บ.

อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์\*\* พย.บ.

### บทคัดย่อ:

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบทำงานร่วมกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้นิเทศ จำนวน 8 คน และพยาบาลผู้รับการนิเทศ จำนวน 32 คน กระบวนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะเวลาการวางแผน เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ และพัฒนา รูปแบบการนิเทศงานร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ 2) ระยะเวลาปฏิบัติการ เป็นดำเนินการนิเทศงานตามรูปแบบ 3) ระยะเวลาสังเกต เป็นการสังเกตและประเมินผลการปฏิบัติงาน จำนวน 4 ครั้ง และ 4) ระยะเวลาสะท้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ และเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการวิเคราะห์เนื้อหา และแบบสอบถามสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1) รูปแบบการนิเทศงานที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย (1) มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อความปลอดภัยลดภาวะแทรกซ้อน (2) ข้อตกลงการนิเทศและการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการนิเทศ (3) การดำเนินการ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะทางวิชาชีพ (4) การสะท้อนกลับข้อมูล และ (5) การสนับสนุนให้กำลังใจ และ 2) ภายหลังการใช้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น พยาบาลผู้รับการนิเทศมีคะแนนสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (Mean = 4.36, SD = 0.47) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ (Mean = 3.91, SD = 0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.20, p \text{ value} < 0.01$ )

แสดงว่า รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีมีประสิทธิภาพมากขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเกิดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีหรือกล่าวได้ว่า ก่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

**คำสำคัญ:** รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาล, ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา, สมรรถนะพยาบาล

\* Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี, Email: banyatphanjangharn@gmail.com

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

วันที่รับบทความ 13 สิงหาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 12 มิถุนายน 2569 วันตอบรับบทความ 18 มิถุนายน 2569

## **Nursing Supervision Model Development for Cancer Patients Receiving Radiotherapy at Udonthani Cancer Hospital**

*Banyat Phanjangharn\* M.N.S.*

*Chayanis Chamnanjan\*\* B.N.S.*

*Aroonrut Promput\*\* B.N.S.*

*Prapanun Kitirach\*\* B.N.S.*

*Amonrat Sriampaiwaraporn\*\* B.N.S.*

### **Abstract:**

This collaborative action research aimed to develop a nursing supervision model for the care of cancer patients receiving radiation therapy at Udonthani Cancer Hospital and to compare nurses' competency scores before and after implementation of the developed supervision model. The participants consisted of 8 registered nurse supervisors and 32 supervisee nurses. The research process comprised four phases: (1) the planning phase, which involved situation analysis and collaborative development of the supervision model between supervisors and supervisees; (2) the action phase, which involved implementation of the supervision model; (3) the observation phase, which involved observation and evaluation of work performance on four occasions; and (4) the reflection phase, which involved providing feedback and comparing nurses' competency scores before and after implementation of the supervision model. Data were collected through focus group discussions, in-depth interviews, and a nursing competency questionnaire for the care of cancer patients receiving radiation therapy. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using the paired t-test.

The results revealed that: (1) the developed nursing supervision model consisted of five components: (a) standards of care for cancer patients receiving radiation therapy to ensure patient safety and reduce complications; (b) supervision agreements and participation in the development of supervision plans; (c) implementation of activities to enhance professional knowledge and skills; (d) feedback and reflection; and (e) encouragement and support; and (2) after implementation of the developed supervision model, the supervisee nurses demonstrated significantly higher competency scores in the care of cancer patients receiving radiation therapy (Mean = 4.36, SD = 0.47) than prior to the intervention (Mean = 3.91, SD = 0.65), with statistical significance ( $t = 4.20, p < 0.01$ )

These findings indicate that the nursing supervision model for the care of cancer patients receiving radiation therapy enhanced nurses' effectiveness in providing nursing care, leading to improved professional practice. The model also promoted the development of knowledge, skills, and positive attitudes among supervisee nurses. In other words, it contributed to the enhancement of nursing competencies in the care of cancer patients receiving radiation therapy.

**Keywords:** Nursing supervision model, Cancer patients receiving radiotherapy, Nurses competency

---

\* Corresponding author, Registered Nurse, Senior Professional Level Udonthani Cancer Hospital, Email: banyatphanjangharn@gmail.com

\*\* Registered Nurse, Senior Professional Level Udonthani Cancer Hospital

Received August 13, 2025, Revised June 12, 2026, Accepted June 18, 2026

## ความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์โรคมะเร็งทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องมากกว่า 19 ล้านคน ปัจจุบันเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเสียชีวิตปีละ 8.2 ล้านคนทั่วโลก พบในกลุ่มวัยทำงานถึงกลุ่มวัยผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 30-69 ปี สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และเป็นไปตามมาตรฐาน ทันกับสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป และตอบสนองการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง<sup>1</sup> สะท้อนให้เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของไทย

โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีระดับตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง มีขนาด 200 เตียง เปิดให้บริการ 120 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโรคมะเร็ง รับผิดชอบดูแลประชากรในเขตพื้นที่ 10 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ครอบคลุมการให้บริการรักษาด้วยการผ่าตัด ยาเคมีบำบัด และฉายรังสี ซึ่งการฉายรังสีต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด หรือช่วยยับยั้งควบคุมการลุกลามระยะของโรคมะเร็งไม่ให้แพร่กระจาย บุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยรังสีรักษาต้องมีขั้นตอนในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน ตั้งแต่กระบวนการก่อน ระหว่าง และภายหลังการได้รับรังสี เนื่องจากรังสีรักษาอันตรายสูงกับผู้ป่วย<sup>2</sup> ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะสมรรถนะหลักของพยาบาลรังสี ประกอบด้วย 9 สมรรถนะ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินสุขภาพองค์รวม 2) ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 3) ด้านสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 4) ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา 5) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) ด้านเทคโนโลยี 7) ด้านการพัฒนาความรู้และการวิจัย 8) ด้านภาวะผู้นำ และ 9) ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางตามบทบาทและมาตรฐานพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่ต้องปรับเปลี่ยนให้ก้าวทันกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย ต้องเฝ้าระวังที่มีความเสี่ยงมากขึ้น<sup>3</sup>

จากรายงานการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบว่า พยาบาลใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ทำให้ไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากขาดความรู้และทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงาน และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลน้องใหม่พบว่า ยังไม่สามารถบอกและแนะนำผู้ป่วยตลอดถึงอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาได้ถูกต้อง ขาดทักษะในการดูแลที่เหมาะสม การนิเทศงานทางการพยาบาลจึงเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญ เพื่อให้พยาบาลใหม่เกิดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนิเทศงานทางการแพทย์พยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ในการควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานพยาบาล โดยเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลรักษา และเสริมสร้างให้กำลังใจผู้รับการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดตามมา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นได้และพบว่า การนิเทศทางคลินิกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่พึงประสงค์<sup>4</sup> การนิเทศทางคลินิกมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานอย่างเป็นปัจจุบัน ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ทั้งจากทฤษฎีและประสบการณ์ โดยใช้กระบวนการย้อนคิด และจงใจให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดการพัฒนาความสามารถภายใต้สัมพันธภาพที่มั่นคง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีและผู้ป่วยมีความปลอดภัย บทบาทของพยาบาลผู้นิเทศ<sup>4</sup> ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (Normative supervision) 2) การนิเทศเพื่อสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Formative supervision) พัฒนาความรู้และทักษะให้แก่ผู้รับการนิเทศได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการปฏิบัติงาน และ 3) การนิเทศแบบสมานฉันท์ (Restorative supervision) โดยใช้หลักสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทำให้ผู้รับการนิเทศเกิดความรู้สึก ทศนคติที่ดี และลดความเครียดในการปฏิบัติงาน หลักการดังกล่าวจึงมีความสอดคล้องและนำมาประยุกต์ใช้ในการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยในการดูแลเฉพาะทาง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อให้การพยาบาลปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดี นำมาซึ่งการมีสมรรถนะที่ดีของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

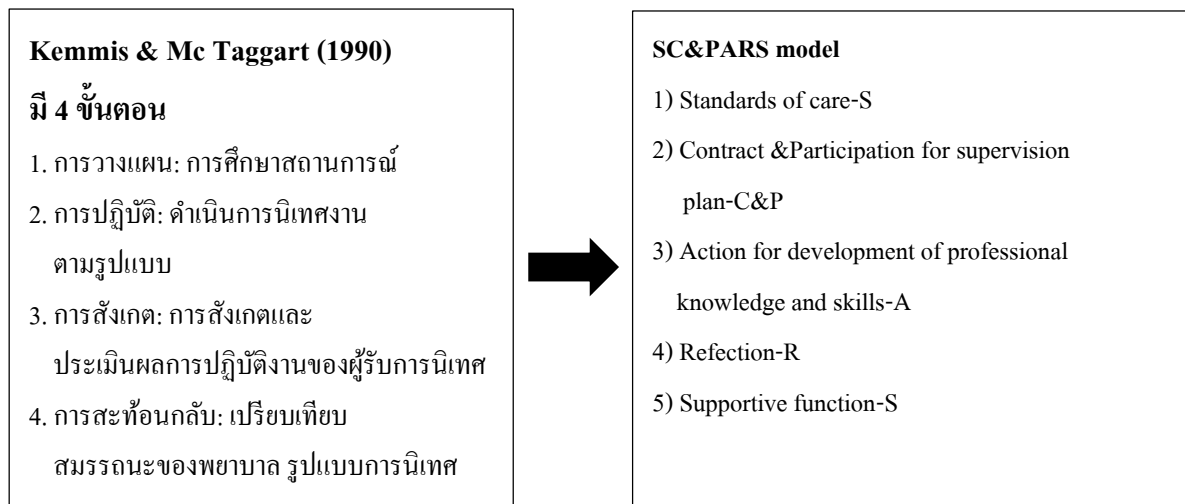
ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ได้กำหนดให้การนิเทศทางการแพทย์พยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ในการควบคุมกำกับติดตาม เพื่อให้การปฏิบัติงานทางการแพทย์พยาบาล ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องตามนโยบาย วัตถุประสงค์ขององค์กร และมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีโครงสร้างในการปฏิบัติการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล และการมอบหมายงานอย่างชัดเจน<sup>6,7</sup> อย่างไรก็ตาม ในเชิงกระบวนการที่นำการนิเทศสู่การปฏิบัติยังพบว่า รูปแบบการนิเทศงานทางการแพทย์พยาบาลยังไม่เป็นระบบ นิเทศโดยอาศัยความชำนาญ ความรู้ทักษะเฉพาะตัว กำหนดเนื้อหาตามวิธีปฏิบัติ มีการนิเทศงานแบบสอนหน้างานเป็นส่วนใหญ่ ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ถูกนิเทศ ตลอดจนเทคนิควิธีการนิเทศมีความแตกต่างกัน ทั้งการให้ความรู้ คำปรึกษา และการพัฒนาผู้ถูกนิเทศให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งย่อมส่งผลต่อสมรรถนะของพยาบาลผู้ถูกนิเทศในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย ประกอบกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยในอดีต<sup>8-12</sup> พบว่า รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลมีหลากหลายตามบริบทที่ศึกษา และปรับปรุงพัฒนาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลที่ดี โดยยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบการนิเทศทางการแพทย์พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางที่ได้รับรังสีรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และภารกิจการพยาบาลได้มีรูปแบบการนิเทศงานทางการแพทย์พยาบาลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทขององค์กรต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศงานทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart (1990) มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบบทำงานร่วมกัน (Mutual collaborative approach) ทำการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ในกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลผู้นิเทศงานและพยาบาลผู้รับนิเทศในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. พยาบาลผู้นิเทศงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วย และรองหัวหน้าหอ/หน่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลโรคมะเร็ง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 8 คน

2. พยาบาลผู้รับการนิเทศ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา มีใบประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยสภากาพยาบาลรับรอง และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน

#### เกณฑ์คัดเข้า

1. พยาบาลวิชาชีพมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยรังสีรักษา หอผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา
2. พยาบาลผู้รับการนิเทศ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางด้านรังสีรักษา
3. พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานทางด้านรังสีรักษา มากกว่า 5 ปีขึ้นไป

#### เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมตามขั้นตอนการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ครบทั้ง 4 ขั้นตอน มากกว่าร้อยละ 80

#### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี เลขที่ UDCH\_COA 028 / 2025 ลงวันที่ 30 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักประโยชน์เสมอภาค และเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลล่วงหน้า และปกปิดเป็นความลับ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้รับการนิเทศ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอบรมนิเทศทางการพยาบาล
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Group discussion)
3. แบบสอบถามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ที่ผู้วิจัยขอใช้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของอารยา สะมะหะห์ มีจำนวน 36 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 ปฏิบัติน้อยที่สุดหรือไม่ได้ปฏิบัติเลย ถึง 5 ปฏิบัติมากที่สุดหรือปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือวิจัยไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลรังสีรักษา หัวหน้างานการพยาบาลพิเศษ หัวหน้างานการพยาบาลศัลยกรรมและรังสี นำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษา ในโรงพยาบาลจำนวน 20 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสมรรถนะ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ .98

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart<sup>13</sup> มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนกลับ ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ระยะการวางแผน พยาบาลผู้นิเทศและพยาบาลผู้รับการนิเทศ การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยสนทนากลุ่ม 40 นาที พบประเด็นปัญหาที่เด่นชัดไม่แน่นอน ไม่มีความมั่นใจ และขาดความรู้ในการประเมิน สัปดาห์ที่ 2 ร่วมกันออกแบบและพัฒนา รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และทำการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 วัน โดยจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีรักษาและสมรรถนะพยาบาลรังสีรักษา ทั้งนี้ให้สอดคล้องกับปัญหาและต้องการ สัปดาห์ที่ 3-4 ดำเนินการในตามขั้นตอนที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการปฏิบัติตามแผน ในกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา และดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 โดยการสังเกตจากการนำรูปแบบการนิเทศที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้รับการนิเทศรายบุคคลตามแบบสังเกตของหน่วยงาน (วงจรรอบที่ 1) ใช้เวลา 40-60 นาทีต่อคน สัปดาห์ที่ 5 ประเมินกระบวนการพัฒนา และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ระหว่างการปฏิบัติตามแผน ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการนิเทศทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลา 40 นาที สัปดาห์ที่ 6 นำรูปแบบการนิเทศที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของกลุ่มไปปฏิบัติ (วงจรรอบที่ 2) ใช้เวลา 40 นาที และ สัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการในขั้นตอนที่ 4 ระยะการสะท้อนกลับ โดยการให้ข้อมูลถึงการดำเนินการนิเทศและประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการให้รูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น โดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 40 นาที

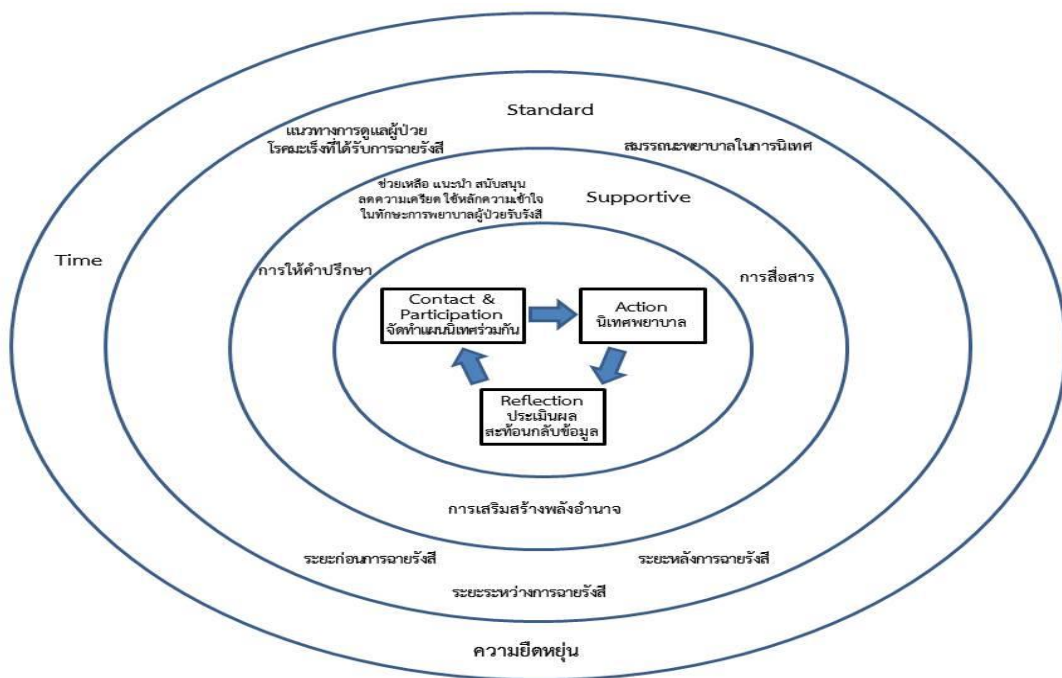
### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลผู้รับการนิเทศก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการนิเทศ โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้รับการนิเทศจำนวน 32 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 93.80) สถานภาพสมรส แต่งงานแล้วจำนวน 17 คน (ร้อยละ 53.10) อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 21-30 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 43.80) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 30 คน (ร้อยละ 93.80) ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการนิเทศทางการพยาบาลคลินิก จำนวน 28 คน (ร้อยละ 87.50)

2. การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษาโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นจาก SC&PARS model<sup>14</sup> เป็น SC&PARS-T model ประกอบด้วย 1) การนิเทศตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา (Standards of care-S) ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการฉายแสง ระหว่างการฉายแสง หลังการฉายแสง และสมรรถภาพในการนิเทศ 2) การกำหนดข้อตกลงการนิเทศ และจัดทำแผนการนิเทศร่วมกัน (Contract & participation for supervision plan-C&P) ระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศอย่างเป็นลายลักษณ์ 3) การดำเนินการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาชีพ (Action for development of professional knowledge and skills-A) เป็นการนำแผนการนิเทศที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ โดยผู้นิเทศทำการสอน ให้คำแนะนำและคำปรึกษา สาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง สังเกต มอบหมายงาน หรือนำมาประชุมแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน 4) การสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection-R) เป็นการประเมินผลการนิเทศ โดยการสังเกต ทบทวน เชื่อมตรวจ และประเมินผลลัพธ์ ตามเป้าหมายหรือมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้ และมีการสะท้อนกลับข้อมูลให้กับพยาบาลผู้รับการนิเทศ 5) การสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive function-S) ภายใต้งานมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ โดยผู้นิเทศคอยให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการติดต่อสื่อสารสองทาง และ 6) การควบคุมเวลา (Time) ในทุกกิจกรรมและติดตามตามรอบเวลาที่มีการยืดหยุ่นภายในเวลาที่กำหนด มีการควบคุมเวลาในการบริหารหรือร่วมมือปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โดยมีรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี

3. เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ

หลังใช้รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลผู้รับการนิเทศมีสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (Mean = 4.36, SD = 0.47) สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการนิเทศ (Mean = 3.91, SD = 0.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการนิเทศ โดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 32)

ระดับสมรรถนะ <sup>๑</sup>	Mean	SD.	t	P value
ก่อนการใช้รูปแบบฯ	3.91	0.65	4.20	.01*
หลังการใช้รูปแบบ	4.36	0.47		

### อภิปรายผล

1) ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งพบว่า รูปแบบการนิเทศที่ได้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การนิเทศตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (Standard-S) เป็นการกำกับติดตามดูแลให้พยาบาลผู้รับการนิเทศได้ปฏิบัติตามนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่กำหนดขึ้นตามมาตรฐานซึ่งมีความสำคัญและเหมาะสมกับบริบท เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่ต้องให้การดูแลรักษาเฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ต้องมีความรู้และปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน เพื่อก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยสูงสุด รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออยู่บ้าน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดให้การนิเทศเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติ ที่ประกอบด้วยหลักการนิเทศ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เพื่อเตรียมการก่อนการได้รับรังสีรักษา ระหว่างการได้รับรังสีรักษา และหลังการได้รับรังสีรักษาของโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และการพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการนิเทศตามมาตรฐาน ของ Proctor<sup>15</sup> ที่เป็นการนิเทศเพื่อรักษามาตรฐานการปฏิบัติและการดูแล โดยทบทวนแนวทางการปฏิบัติที่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นการนิเทศต้องอยู่ภายใต้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสี คือ Standard-S

องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดข้อตกลงการนิเทศและจัดทำแผนการนิเทศร่วมกัน (C&P) อย่างเป็นลายลักษณ์ โดยการตรวจสอบความเข้าใจและวางแผน ทำความเข้าใจปัญหารายบุคคลหรือปัญหาจากหน้างานจากการซักถาม และนำมาสู่การวางแผนการนิเทศทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งทำให้ทั้งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศทราบและเข้าใจในการปฏิบัติล่วงหน้า และร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือปรับแนวทางไปในแนวทางเดียวกัน การวางแผน ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการกำหนดปรัชญา นโยบาย หลักการแนวคิด เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการนิเทศการพยาบาล และสื่อสารให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทราบ โดยทั่วถึง เป็นขั้นตอนที่

ตอบคำถามว่าจะทำอย่างไร มีจุดมุ่งหมายของงาน และวิธีดำเนินงานที่จะปฏิบัติและคาดคะเนถึงผลที่จะได้รับ ซึ่งรวมไปถึงการวางแผนนิเทศ ทั้งแผนประจำปี แผนประจำเดือนสัปดาห์ และแผนประจำวัน

องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินการนิเทศ (Action-A) เป็นการนำแผนการนิเทศที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะของผู้รับการนิเทศ ซึ่งผู้นิเทศสามารถปรับและยืดหยุ่นได้ตาม ปัญหาและความต้องการรายบุคคล สถานการณ์ เวลา โอกาส และสถานที่ โดยมีกิจกรรมการนิเทศที่หลากหลาย ได้แก่ การตรวจเยี่ยม เช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยขณะรับ-ส่งเวร การตรวจเยี่ยมในเวลาเช้า การสอนงาน การให้คำแนะนำและคำปรึกษา การสังเกต การมอบหมายงาน การประชุมปรึกษา การศึกษาและฝึกอบรมทางคลินิก

องค์ประกอบที่ 4 การสะท้อนกลับข้อมูล (Reflection-R) ผู้นิเทศทำการสังเกตการปฏิบัติ การทบทวน เชื่อมตรวจ และประเมินผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะย้อนกลับแก่ผู้รับการนิเทศ เพื่อผลักดันให้เกิดความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นในประเด็นปัญหาที่มีในคลินิก รวมทั้งกำหนดประเด็นในการนิเทศครั้งต่อไป ซึ่งองค์ประกอบที่ 2-4 เป็นการนิเทศที่สอดคล้องกับการนิเทศตามแผน ของ Proctor เพื่อช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญ ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้ มีการสอนแนะ โดยผ่านการไตร่ตรอง มีการสะท้อนกลับ และนำการปฏิบัติที่ดีมาใช้ สอดคล้องกับการวิจัย รูปแบบการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) ผู้นิเทศต้องมีวิธีการ เครื่องมือหรือกลไก เพื่อทำให้เกิดการประชุมอภิปรายถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย 2) ใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม (Participation) กับพยาบาลผู้รับการนิเทศ 3) เน้นการสะท้อนกลับ (Feedback) เพื่อผลักดันให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเกิดความเข้าใจที่เพิ่มขึ้นในประเด็นปัญหาที่มีในคลินิก 4) ควรมีโอกาสให้เกิดการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน 5) เปิดโอกาสให้พยาบาลผู้รับการนิเทศได้ทำการพัฒนาความสามารถในการเข้าหาผู้ป่วยและครอบครัวได้มากขึ้น 6) เทียบเคียงบริการพยาบาลกับมาตรฐานและนำสู่การพัฒนาการดูแลผู้รับบริการ และ 7) สร้างการแบ่งปันเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศ เพื่อให้เห็นว่าผู้รับการนิเทศไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานตามลำพัง นำสู่เป้าหมายของการพยาบาลที่มีความเที่ยงตรงและมีคุณภาพ ดังนั้น การนิเทศแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสี ควรมีการปรับตามผู้รับการนิเทศมีการประเมินผลมีการส่งเสริมให้มีการเรียนรู้มีการสอนแนะและมีการสะท้อนกลับเพื่อพัฒนา<sup>15</sup>

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนให้กำลังใจ (Supportive-S) เป็นการนิเทศโดยใช้หลักความเข้าใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้สึก และมีทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศทางการพยาบาลและการปฏิบัติงานพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ลดความเครียดในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาโดยพยาบาลผู้นิเทศให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ หรือการร่วมมือปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา เป็นการนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (Restorative clinical supervision) ของ Proctor ที่ใช้หลักความเข้าใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกและมีทัศนคติที่ดี ผู้นิเทศรับฟัง สร้างบรรยากาศที่ดี เพื่อลดความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการนิเทศพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาที่ต้องนิเทศโดยไม่ทำให้ผู้รับการนิเทศมีความเครียด โดยผู้นิเทศให้

กำลังใจและแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดและนิเทศเมื่อผู้รับการนิเทศพร้อมรับการนิเทศองค์ประกอบที่ 6 เวลาเป็นสิ่งสำคัญ (Time-T) การวางแผนการนิเทศต้องมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอนอกจากการปรับแผนนิเทศต้องมีเวลาในการนิเทศบุคคลหาเวลาที่เหมาะสมเพื่อไม่กระทบกับงานบริการและเพื่อให้เกิดความพึงพอใจกับผู้รับการนิเทศ สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดนนทบุรีพบว่า การนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานด้านการบริหารมากไม่ค่อยอยู่ประจำหอผู้ป่วยเวลา และการประชุมแต่ละครั้งไม่พร้อมเพรียงกัน<sup>16</sup> ดังนั้น การควบคุมเวลาเวลาในการวางแผน เวลาในการนิเทศ สรุปการนิเทศและการยึดหยุ่นภายในเวลาที่กำหนด จึงจำเป็นทำให้การนิเทศสำเร็จ

2) ระดับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี ก่อนการพัฒนาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 อยู่ในระดับมาก และหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เนื่องจากรูปแบบการนิเทศงานการพยาบาล (SC&PARS-T model) ที่ได้ มีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ตลอดจนบริบทในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โดยการให้พยาบาลผู้นิเทศ และผู้รับการนิเทศได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนิเทศ ตั้งแต่ การกำหนดปัญหาและความต้องการ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง การที่กลุ่มที่เกี่ยวข้องได้รับการส่งเสริมโดยวิธีการที่เหมาะสม ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญ รู้สึกเป็นเจ้าของในปัญหา ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เรียนรู้ถึงวิธีการในการจัดการแก้ไขปัญหาของตนเอง ประกอบกับเป็นการนิเทศตามแนวคิดของ Proctor ได้แก่

(1) การนิเทศตามมาตรฐาน ที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลได้ปฏิบัติหน้าที่ตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยหรือตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

(2) การนิเทศตามแผน ที่มุ่งส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการพัฒนาความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยใช้วิธีการสอน แนะนำ หรือ เป็นพี่เลี้ยง โดยให้ผู้ถูกนิเทศได้มีส่วนร่วมในการวางแผน เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินปัญหาผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และการกำกับติดตามประเมินผล ตลอดจนให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

(3) การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ โดยใช้หลักความเข้าใจ สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศทางการพยาบาลและการปฏิบัติงานพยาบาลรวมทั้ง ลดความเครียดในการปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบการนิเทศทางคลินิกทั้งรายบุคคล ที่มีการดูแลกำกับแบบตัวต่อตัวอย่างเป็นประจำ การนิเทศแบบกลุ่ม และการนิเทศแบบเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มและกลุ่มเพื่อนได้ร่วมกันแบ่งปันประสบการณ์ ร่วมกันแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ และมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม เพิ่มการสื่อสาร ความมั่นใจ และความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถอภิปรายปัญหาทางคลินิกหรือแนวทางที่แตกต่าง และรู้สึกสบายใจที่จะถามคำถาม/ออกความคิดเห็น<sup>17</sup> ทำให้

เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ สามารถนำความรู้ทั้งจากทฤษฎีและประสบการณ์มาสร้างให้เกิดการเรียนรู้ ในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดและแรงจูงใจ รวมทั้ง การดำเนินการพัฒนารูปแบบการนิเทศ โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่เป็นกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม มุ่งเน้นความรู้สำหรับการปฏิบัติ หรือ การทำกิจกรรม การค้นหาสภาพการณ์ที่เป็นจริงหรือสะท้อนเหตุการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง นำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น ทำให้พยาบาลผู้รับการนิเทศเกิดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีหรือกล่าวได้ว่า ก่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะที่ดีในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการนิเทศงานที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยในอดีต พบว่า รูปแบบการนิเทศ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพ และประเมินความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนา รูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ ขั้นตอนที่ 4 เป็นการประเมินผล และปรับปรุงรูปแบบ ในทุกระยะ ตั้งแต่ ก่อน ระหว่าง และหลังการนิเทศ จากนั้นนำข้อมูลจากการประเมินผลที่ได้ ไปปรับปรุงรูปแบบการนิเทศงานให้มีความสมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น โดยรูปแบบการนิเทศที่พัฒนาขึ้นภายใต้บริบทที่ศึกษา ภายหลังจากนำไปใช้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น บรรลุตามผลลัพธ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ ได้แก่ความรู้ทางการพยาบาลในคลินิกตามกลุ่มโรค ทักษะในการปฏิบัติงานและ ความพึงพอใจ<sup>18-21</sup> ดังนั้น ควรนิเทศอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรนำรูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการดูแลกำกับติดตามพยาบาลวิชาชีพ สำหรับพยาบาลใหม่หรือพยาบาลที่ยังขาดประสบการณ์ เพื่อเพิ่มพูนสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วย โรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน นำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) ควรนำองค์ประกอบของรูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มากำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินสมรรถนะของพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ ตลอดจนเตรียมการนิเทศทางคลินิก สำหรับพยาบาลใหม่ ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา

3) ควรจัดอบรมเตรียมความพร้อมให้พยาบาลผู้นิเทศ วางแนวทางกำหนดข้อตกลงการนิเทศและจัดทำแผนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลในแต่ละระดับ

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยผ่าตัด การดูแลแบบประคับประคอง ในบริบทที่แตกต่าง

2) ควรศึกษาวิจัยการพัฒนาเทคนิควิธีการนิเทศของพยาบาลผู้นิเทศ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และนิเทศได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพยาบาลในแต่ละระดับทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล พี่น้องเพื่อนร่วมวิชาชีพทางการพยาบาลทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือด้วยดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชุม สันทนาการ และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Ramathibodi Hospital-based Cancer Registry. Ramathibodi annual 2023 [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University; [cited 2025 August 05], Available from [https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer\\_center/sites/default/files/public/cancerreport/pdf/annual\\_report\\_2023.pdf](https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/sites/default/files/public/cancerreport/pdf/annual_report_2023.pdf). (in Thai)
2. Udon Thani Cancer Hospital. Annual report 2019 [photocopied document]. Udon Thani: Udon Thani Hospital; 2021. (in Thai)
3. Samoh A, Thiangchanya P, Chukumnerd P. A study of radiation oncology nurses' competency. Songklanagarind J Nurs. 2022; 42(3): 74-85. (in Thai)
4. Sirimontri J, Juntachum W. Causal relationship models between clinical supervision, clinical risk management and nursing outcomes perceived by registered nurses in intensive care units, tertiary care hospitals, northeastern Thailand. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2021; 24(2): 1-12. (in Thai)
5. Kittiratchada S, Wanichpunchaphol W. Nursing supervision implementation to quality. Bangkok: wvothai printing; 2008. (in Thai)
6. Nursing Division, Ministry of Public Health. Roles and responsibilities of professional nurses. 1<sup>st</sup> ed. Nonthaburi: Suea Tawan Publishing; 2018. (in Thai)
7. Nursing mission group, Udon Thani Cancer Hospital. Report of the 3<sup>rd</sup> Nursing group meeting [Meeting documents]. Udon Thani Cancer Hospital; 2021. (in Thai)
8. Tantiveas M, Khumyu A, Otakanon P. The development of nursing supervisory model for unofficial-time nursing supervisors, Prest's Hospital. JFONUBUU. 2017; 25(3): 41-5. (in Thai)
9. Limtrakul D. Developing a nursing supervision model of anesthetist nurse division for standardize and quality of service. HuaHin Med. J. 2019; 4(1): e0056. (in Thai)
10. Homnan N, Wisesrith W. The development of preventive emergency obstetric clinical supervision model for nurses. J Royal Thai Army Nurses. 2017; 18(Supplement): 140-8. (in Thai)
11. Saengsan S. Factors influencing nursing supervision of the head nurse of community hospitals, Service Network 10, Ministry of Public Health. [thesis]. Khon Kaen University; 2015. (in Thai)

12. Wanthanatas R, Sritragool R, Dapha S, Changming A, Learahabumrung P, Naklamai A. Development of a nursing clinical supervision model for high alert drugs (HADs) administration with nurse supervisors' participation in Nakhon Pathom Hospital. *J Nurs Ther Care*. 2018; 36(1): 234-43. (in Thai)
13. Kemmis S, McTaggart R. *The Action Research Planner*. 3<sup>rd</sup> ed. Victoria: Deakin University; 1990.
14. Phanjungharn B, Juntachum W, Juntachum W. Nursing supervision model development for cancer patients receiving chemotherapy at Udonthani Cancer Hospital. *Med J Sakon Nakhon Hosp*. 2022; 25(3): 70-84. (in Thai)
15. Proctor, B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention. In J.R. Cutcliffe, T. Butterworth, and B. Proctor (Eds). *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge; 2001.
16. Patarachaya S, Suparpit V. Relationship between head nurse's supervision style and registered nurse's care for patient safety in tertiary hospitals. *Nursing Journal CMU*. 2019; 46(4): 158-72. (in Thai)
17. Safer Care Victoria. *Clinical supervision for mental health nurses: a framework for Victoria*. Victorian government; 2018. [cited 2025 August 05], Available from <https://www.safercare.vic.gov.au/sites/default/files/2025-04/clinical-supervision-for-mental-health-nurses-framework.pdf>
18. Juntachum W, Dapha S, Sritragool R, Wongsudta R, Kuttasing S, Krasae S, et al. The development of coaching model of nursing practices among nurse preceptors, Bangkok Hospital Khon Kaen. *J Nurs Ther Care*. 2020; 38(1): 157-66. (in Thai)
19. Sapyen K, Jaturongkachock K, Tantiwarasakool K. The development of clinical nursing supervision model for prevention of pressure injury in Banpong Hospital. *Reg 4-5 Med J*. 2019; 38(4): 300-17. (in Thai)
20. Brunero S, Stein-Parbury J. The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. *Aust J Adv Nurs*. 2008; 25(3): 86-94.
21. Driscoll, J. *Practicing clinical supervision*. 2<sup>nd</sup> ed. Brisbane: Wiley-Blackwell; 2007.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี  
85 ถนนสมเด็จร์ ตำบลเมืองศรีโค  
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี  
โทร. 045 – 353226 - 7  
E-mail : nurseubujournal@gmail.com