ผลของโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่บ้าน*

จารุวรรณ สนองญาติ**, ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์**[1],
ลักขณา ศิรถิรกุล**, เนติยา แจ่มทิม**, เมทณี ระดาบุตร***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่บ้านในเขตสุขภาพที่ 5 การศึกษาใช้การออกแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน–หลัง โดยมีผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน โดยสุ่มแบบมีระบบกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลทารกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด เคยรักษาในหน่วยทารกแรกเกิด และยังต้องการการดูแลต่อเนื่องหลังกลับบ้าน โปรแกรมพัฒนาตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและทฤษฎีการให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพื้นฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทางสถิติที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 กลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผ่านการให้ข้อมูล การสนับสนุนจากพยาบาล และการติดตามต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะคือควรขยายการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย ศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว เปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น เช่น Mobile health หรือ Telehealth และผลักดันสู่ระดับนโยบายเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบระบบสนับสนุน, ผู้ดูแล, ทารกคลอดก่อนกำหนด, ความรู้และพฤติกรรมการดูแล

---

* ได้รับทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปี 2567

** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**[1] Corresponding author, email: khanreothai@snc.ac.th, Tel 084- 9543132

Received : October 22, 2025; **Revised** : November 13, 2025; **Accepted** : November 20, 2025

The Effects of the Preterm Caregiver Support Program on Caregivers' Knowledge and Home-Care Behaviors*

Jaruwan Sanongyard**, Khunruethai Thammakijpirote**[1],
Lakana Siratirakul**, Netiya Jeamtim**, Matanee Radabutr***

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effectiveness of a supportive program for caregivers of premature infants on caregivers' knowledge and home care behaviors in Health Region 5. The study employed a two-group pretest–posttest design. The sample consisted of caregivers of premature infants, with the sample size calculated using the G*Power program, yielding a total of 110 participants, divided equally into an experimental group (n = 55) and a control group (n = 55). Systematic sampling was used to select caregivers who provided care for the infant at least four days per week. The inclusion criteria for infants were the absence of congenital anomalies, a history of hospitalization in a neonatal unit, and the need for continued care after discharge. The intervention program was developed based on Orem's Supportive–Educative Nursing System and Self-Care Theory (Orem, 2001), with the purpose of enhancing caregivers' self-care agency. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including means, standard deviations, and statistical tests to compare mean differences between the two groups.

The results indicated that caregivers in the experimental group demonstrated significantly higher levels of knowledge and improved home care behaviors compared with their baseline measurements and with the control group ($p < .05$). These findings suggest that the supportive program was effective in enhancing caregivers' capacity through the provision of information, nursing support, and continuous follow-up. It is recommended that future studies expand the implementation of this program to diverse contexts, examine long-term outcomes, compare its effectiveness with other models such as mobile health or telehealth interventions, and promote its integration into health policy to ensure sustainability.

Keywords: Supportive-educative nursing, Caregiver, Premature infant, Knowledge and caregiving behavior

---

* This research was supported by the Science, Research and Innovation Promotion Fund (SRI Fund), Fiscal Year 2024

** Instructor nurse, Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing,Praboromarajchanok Institute

*** Instructor nurse, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**[1] Corresponding author, email: khanreothai@snc.ac.th, Tel 084- 9543132

Received : October 22, 2025; **Revised** : November 13, 2025; **Accepted** : November 20, 2025

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศ ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ได้กำหนดเป้าหมายให้คนไทยเป็น “คนดี คนเก่ง และมีคุณภาพ” โดยส่งเสริมสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา (สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ, 2564) อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างรวดเร็ว จึงต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนา “คุณภาพของคน” โดยเฉพาะในช่วงแรกของชีวิตมากกว่าการเพิ่ม “ปริมาณการเกิด” พัฒนาการของมนุษย์เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิและเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องในทุกด้าน ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยมีปัจจัยจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2561) เด็กควรได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมาะสม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการให้เป็นไปตามวัยอย่างไรก็ตาม จากการรายงานปี 2564 (ประภาภรณ์ จังพานิช และวสุรัตน์ พลอยล้วน, 2566) พบว่าเด็กปฐมวัย (0–5 ปี) ที่มีพัฒนาการสมวัย รวมทุกด้าน พบว่า ร้อยละ 70.3 เมื่อแยกตามช่วงอายุ พบว่าเด็กอายุ 0–2 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 77.2 และเด็กอายุ 3–5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 63.2 ปัญหานี้เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ความเสี่ยงทางชีวภาพ เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย และการขาดออกซิเจน และ 2) ความเสี่ยงทางสังคม เช่น การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เด็กเกิดภาวะทุพโภชนาการและพัฒนาการไม่สมวัย

รายงานของกรมอนามัย พบว่า เด็กอายุ 0–5 ปี ที่มีความสูงและน้ำหนักสมส่วนยังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 57 โดยเฉพาะในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน ข้อมูลระดับโลกพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนดมีจำนวนกว่า 15 ล้านรายต่อปี และเสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านราย ส่วนในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 12.8 (กรมอนามัย, 2564) และเขตสุขภาพที่ 5 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเฉลี่ยร้อยละ 13.1 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศเล็กน้อย และมีอัตราพัฒนาการล่าช้าในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 22.5 ซึ่งสะท้อนความจำเป็นของการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลโดยทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาการล่าช้า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การดูแลทารกกลุ่มนี้ที่บ้านต้องอาศัยผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลอย่างเหมาะสม งานวิจัยของ Poehlmann-Tynan et al. (2015) พบว่าความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างผู้ดูแลกับทารกส่งผลดีต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ ขณะที่การศึกษาของจารุวรรณ สนองญาติ และคณะ (2567) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างพัฒนาการได้ดี Benzies et al, (2013) เสนอว่าการเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนผู้ปกครองช่วยลดความเครียดและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก ขณะที่ Smith and Young (2012) พบว่าแนวทางดังกล่าวช่วยลดโอกาสการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การให้ความรู้ผู้ปกครองทารกคลอดก่อนกำหนด แต่ยังพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีความรู้ไม่เพียงพอ และยังขาดการดูแลที่เหมาะสม ขณะเดียวกันงานวิจัยในประเทศไทยยังขาดโปรแกรมที่บูรณาการ “ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม” ร่วมกับ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)” เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมอย่างเป็นรูปธรรม โปรแกรมการวิจัยนี้จึงออกแบบให้เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผ่านการให้ความรู้ การสนับสนุนจากพยาบาล และการติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด Research outcomes ที่ชัดเจน ได้แก่ การเพิ่มความรู้และการปรับพฤติกรรมดูแลให้ถูกต้องและยั่งยืน

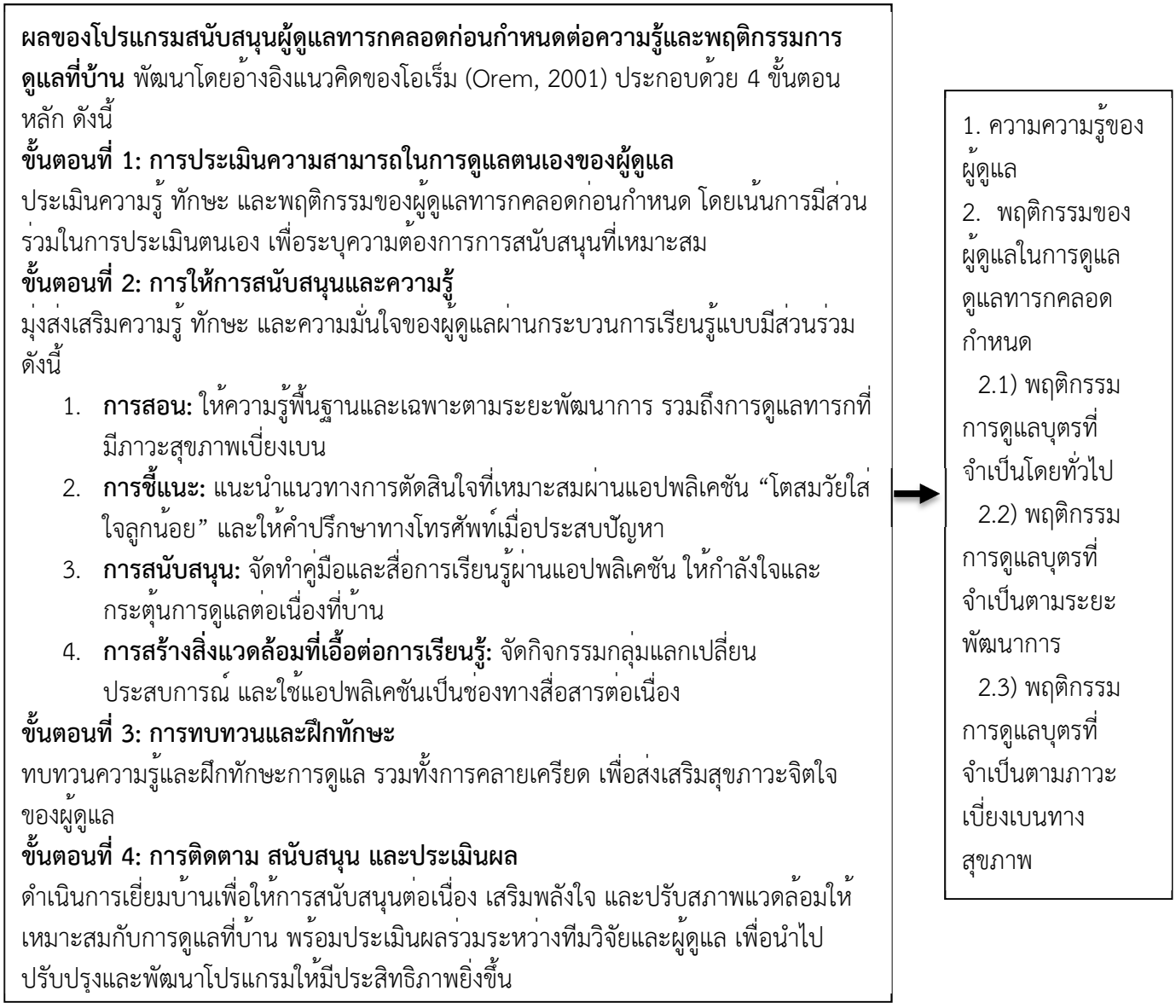
ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลที่บ้านโดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กแก่บิดา มารดาและผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความตระหนักและเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง บิดา มารดาและผู้ดูแลในเรื่องการเลี้ยงดูลูกได้เป็นอย่างดี จากผลการศึกษาเสนอแนะว่า ควรมีการจัดระบบการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านโดยครอบครัวและผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดทารกที่สุด การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลทารกอย่างเดียวไม่เพียงพอ ที่สำคัญต้องมีสมาชิกในครอบครัวที่ร่วมกันดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดช่วยเตรียมครอบครัวเพื่อลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลทารกที่ถูกต้องด้วยตนเองที่บ้านได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative Supportive nursing system) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม (Orem, 2001) เนื่องจากโอเร็มเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการดูแลทารกอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับลักษณะ อาการ การเจริญเติบโต พัฒนาการ และสัญญาณอันตรายของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมและกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารก โปรแกรมจึงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง การให้การสนับสนุนและความรู้ การทบทวนและฝึกทักษะการดูแล รวมทั้งการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องช่วยลดภาวะพร่องในการดูแลตนเองรวมถึงอาการเตือนของภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบน ขณะที่การเสริมพลังและการติดตามช่วยเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้านในเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี โครงการดำเนินการตั้งแต่เดือน มกราคม–กันยายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ดูแลบุตรที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน โดยทารกต้องไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด และได้รับการจำหน่ายกลับบ้านหลังรักษาในหน่วยทารกแรกเกิด สุ่มจากรายชื่อครัวเรือนที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดในสองจังหวัด เก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (*Effect size)* เท่ากับ 0.229 กฤษฎา พรหมมุณี (2565) ระดับนัยสำคัญ (*Alpha error probability*) เท่ากับ .01 และกำลังการทดสอบ (*Power*, 1-β) เท่ากับ 0.80 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 110 คน โดยผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในเขตสุขภาพที่ 5 ที่ดูแลทารกที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 วัน ได้รับคืน 110 ชุด แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 55 ชุดและกลุ่มควบคุม 55 ชุด

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อครัวเรือนที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดในสองจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดกาญจนบุรี โดย

1. จัดทำรายชื่อครัวเรือนที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด
2. กำหนดช่วงการสุ่ม (Sampling interval) จากจำนวนครัวเรือนทั้งหมดหารด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
3. เลือกครัวเรือนแรกแบบสุ่ม จากนั้นเลือกครัวเรือนต่อไปตามช่วงที่กำหนดจนได้ครบ 110 คน
4. แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นประจำไม่น้อยกว่า 4 วันต่อสัปดาห์
3. ทารกคลอดก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และไม่มีภาวะพิการแต่กำเนิด
4. ผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง
2. ผู้ที่ถอนตัวหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมระหว่างการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 41 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Likert, 1967) ได้แก่ 3 = ปฏิบัติตรงกับสภาพจริงมาก 2 = ปฏิบัติตรงกับสภาพจริงปานกลาง และ 1 = ปฏิบัติตรงกับสภาพจริงน้อย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 41–123 คะแนน ผลการให้คะแนนตีความตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึงเหมาะสมมากที่สุด 3.51–4.50 เหมาะสมมาก 2.51–3.50 ปานกลาง 1.51–2.50 น้อย และ 1.00–1.50 น้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลระบบสนับสนุนและส่งเสริมความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด คู่มือแนวทางการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสำหรับผู้ดูแล และสื่อการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและเครื่องมือทั้งหมดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเด็ก ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อและเทคโนโลยี

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่ารวมทั้งฉบับเท่ากับ 1.00 โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าความตรงเนื้อหา IOC ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป (Agah et al., 2024)

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) หลังปรับปรุงเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายจริง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลแบบวัดความรู้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ได้ค่า KR-20 = 0.82 (Polit & Beck, 2008) และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของผู้ดูแล แบบมาตรส่วนประมาณค่าของ Likert 3 ระดับ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) = 0.89 เพื่อประเมินความเที่ยงของเครื่องมือ โดยยึดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 0.70 ตามเกณฑ์ของ Polit & Beck (2008) ซึ่งอยู่ในระดับน่าเชื่อถือสำหรับงานวิจัยเชิงสำรวจ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยฉบับนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เลขที่รับรอง EC-025/2566 โดยมีระยะเวลารับรองตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 17 ธันวาคม 2567 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น แบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบเพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินงานและขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem’s supportive-educative system) ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล การใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่และสื่อสำหรับการให้คำแนะนำการใช้โปรแกรมฯ อย่างเหมาะสม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง (ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

โปรแกรมการบูรณาการการสนับสนุน ความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด พัฒนาโดยอ้างอิงแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล (1 ชั่วโมง) ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง เพื่อระบุความต้องการการสนับสนุนที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2: การให้การสนับสนุนและความรู้ (2 ชั่วโมง) มุ่งส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การสอน: ให้ความรู้พื้นฐานและเฉพาะตามระยะพัฒนาการ รวมถึงการดูแลทารกที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน

2. การชี้แนะ: แนะนำแนวทางการตัดสินใจที่เหมาะสมผ่านแอปพลิเคชัน “โตสมวัยใส่ใจลูกน้อย” และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เมื่อประสบปัญหา

3. การสนับสนุน: จัดทำคู่มือและสื่อการเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชัน ให้กำลังใจและกระตุ้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้: จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และใช้แอปพลิเคชันเป็นช่องทางสื่อสารต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3: การทบทวนและฝึกทักษะ (2 ชั่วโมง) ทบทวนความรู้และฝึกทักษะการดูแล รวมทั้งการคลายเครียด เพื่อส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 4: การติดตาม สนับสนุน และประเมินผล (Post-test) (1 ชั่วโมง) ดำเนินการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนต่อเนื่อง เสริมพลังใจ และปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลที่บ้าน พร้อมประเมินผลร่วมระหว่างทีมวิจัยและผู้ดูแล เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กลุ่มควบคุม

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1) ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินงานและขออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดย กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูล การใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน รวมทั้งจัดเตรียมสถานที่และสื่อสำหรับการให้คำแนะนำการใช้โปรแกรมฯ อย่างเหมาะสม

2) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามแนวทางปกติของโรงพยาบาล

3) ประเมินผล (Post-test) (1 ชั่วโมง) โดยทีมผู้วิจัยหลังการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้น ดำเนินการสนับสนุนแนะนำ เสริมพลังใจ และแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อนำไปปรับปรุงการดูแลทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลบุตรฯ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลบุตรฯ การทดสอบทางสถิติที่ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของข้อมูล 2 กลุ่ม

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าข้อมูลในแต่ละกลุ่มมีลักษณะโดยรวมคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ทารกส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชาย โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 29 คน (ร้อยละ 52.73) และกลุ่มทดลอง 33 คน (ร้อยละ 60.00) ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 31–35 ปี มีมากที่สุดในทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมมีจำนวน 27 คน (ร้อยละ 49.09) และกลุ่มทดลองมีจำนวน 34 คน (ร้อยละ 61.82) ตามลำดับ ในด้านระดับการศึกษา การศึกษาส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมต้องเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. แทน มัธยมตอนต้น และแก้ไข จำนวน 19 คน ร้อยละ 34.55 เป็นจำนวน 23 คน ร้อยละ 41.82 ด้านอาชีพ พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 28 คน (ร้อยละ 50.91) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่มีจำนวน 24 คน (ร้อยละ 43.64) ลักษณะครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวขยาย จำนวน 31 คน (ร้อยละ 56.36) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของทารกเกิดก่อนกำหนด ในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว (n= 55)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	29	52.73	33	60.00
หญิง	26	47.27	22	40.00
2. อายุ (ปี)				
< 30	16	29.09	8	14.55
31-35	27	49.09	34	61.82
36-40	11	20.00	10	18.18
มากกว่าหรือเท่ากับ 41	1	1.82	3	5.45
3. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้ศึกษา	0		0	
ประถมศึกษา	2	3.64	6	10.91
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	34.55	15	27.27
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	23	41.82	23	41.82
ปวส./ อนุปริญญา	7	12.73	6	10.91
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	7.26	3	5.45
สูงกว่าปริญญาตรี	0		2	3.64

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของทารกเกิดก่อนกำหนด ในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัว (n= 55) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	16	29.09	12	21.82
รับจ้าง	28	50.91	24	43.64
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	9.09	8	14.55
เกษตรกรรม	5	9.09	7	12.73
อื่นๆ	1	1.82	4	7.26
4. ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	18	32.73	21	38.18
ครอบครัวขยาย	31	56.36	26	47.27
ผู้ดูแลเลี้ยงเดี่ยว	6	10.91	8	14.55

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในการดูแลบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการฯ

ระดับความรู้ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยระดับความรู้เฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรมอยู่ที่ 6.58 (*SD* = 2.72) และหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็น 19.36 (*SD* = 3.14) โดยมีค่าทดสอบทางสถิติ t = 14.73, p < .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในการดูแลบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการ ฯ (n=55)

กลุ่มตัวอย่าง	*M*	*SD*	*t-test*	*P*
ก่อนเข้าโปรแกรม	6.58	2.72	14.734	.001*
หลังเข้าโปรแกรม	19.36	3.14		

*p < .05

ระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t = 14.82, p < .001*) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบูรณาการฯ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มผู้ดูแล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดก่อน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการฯ ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ (n= 55)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	*M*	*SD*	*t-test*	*P-value*
กลุ่มควบคุม (n= 55)	23	92	12.50	3.483	14.824	.001*
กลุ่มทดลอง (n= 55)	24.08	108	14.53	3.398		

*p < .05

ระดับความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 6.58 (SD = 2.72) เป็น 19.36 (SD = 3.14) (t = 14.734, p < .001) และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 24.08 (SD = 16.36) เป็น 108.00 (SD = 14.53) (t = 8.128, p = .021) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการบูรณาการฯ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมทั้งความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มผู้ดูแล ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการฯ (n = 55)

ตัวแปร	ช่วงเวลา	*M*	*SD*	*t-test*	*P-value*
ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด	ก่อนเข้าโปรแกรม	6.58	2.72	14.734	.001*
	หลังเข้าโปรแกรม	19.36	3.14		
พฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด	ก่อนเข้าโปรแกรม	24.08	16.36	8.128	.021*
	หลังเข้าโปรแกรม	108.00	14.53		

การอภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05) หลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมความรู้ ซึ่งอาจเป็นผลจากกิจกรรมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแล การให้ข้อมูลชัดเจน ตรงกับระดับความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมพยาบาล ผลสอดคล้องกับแนวคิดของ Knowles (1980) ที่ระบุว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหาเชื่อมโยงกับประสบการณ์จริง และใช้ได้ทันที โดยเฉพาะในบทบาทผู้ดูแลทารก โปรแกรมนี้ยังสะท้อนแนวคิดของ House (1981) ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมอย่างชัดเจน จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมนี้ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและนำไปใช้ได้จริง และผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรมฯ การปรับพฤติกรรมดังกล่าวอาจมาจากกระบวนการให้ความรู้แบบต่อเนื่อง สื่อการสอนที่ชัดเจน และการ

สนับสนุนจากพยาบาลตามแนวคิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถนำไปใช้ในการดูแลทารกที่บ้านได้จริง

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม จากการเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลฯ มีประสิทธิภาพ มากกว่าการให้คำแนะนำแบบทั่วไปในการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ อาจเกิดจากการออกแบบเนื้อหาที่มีความเป็นระบบ ชัดเจน และต่อเนื่อง รวมถึงการสื่อสารที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแล เช่น การใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย การมีการติดตามผล และการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลที่เป็นที่ปรึกษา ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งและความมั่นใจในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Knowles (1980) ที่ระบุว่า ผู้ใหญ่มีแรงจูงใจในการเรียนรู้เมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับปัญหาหรือสถานการณ์จริงที่พวกเขาต้องเผชิญ การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ตรง เช่น การดูแลทารกที่บ้าน จึงสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีกว่าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมที่ออกแบบมาเฉพาะตามบริบทขณะเดียวกัน จากกรอบแนวคิดของ House (1981) พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่มุ่งลดภาวะพร่องการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน-ให้ความรู้ (Supportive–educative system) โดยแต่ละองค์ประกอบของโปรแกรมสามารถเชื่อมโยงกับองค์ประกอบของทฤษฎีได้ดังนี้ ประการแรก การให้ความรู้และการประเมินความต้องการ (Assessment & education) สอดคล้องกับแนวคิด *Self-care agency* ซึ่งหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพัฒนาการทารก สัญญาณอันตราย และการดูแลที่จำเป็น ช่วยเสริมศักยภาพด้านความรู้เชิงทักษะ (Foundational capabilities) ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Jeong et al. (2021) ในประเทศเกาหลีพบว่าโปรแกรมให้การศึกษาแบบโครงสร้างเพิ่มความรู้และความสามารถในการประเมินสุขภาพเด็กคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญ ประการที่สอง การสาธิตทักษะการดูแลและการติดตามต่อเนื่อง ช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้กับการนำไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของ *Therapeutic self-care demand* หรือความสามารถในการตอบสนองความต้องการดูแลเฉพาะภาวะของทารก การสาธิตจริงเป็นรูปแบบที่ช่วยลด Self-care deficit ได้อย่างตรงจุด เพราะผู้ดูแลได้เห็นตัวอย่างการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Aker & Uğuz (2020) ในตุรกีที่พบว่าการติดตามผ่านสื่อดิจิทัลช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดได้ดีขึ้นและลดข้อผิดพลาดในการดูแล และจากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนฯ มีประสิทธิผลในด้านการเพิ่มความรู้และปรับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภายในกลุ่มทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่ระบุว่าการสนับสนุนแบบให้ความรู้และการติดตามที่เป็นระบบช่วยเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลได้รับ Informational support หรือการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการ

พยาบาล ส่งผลโดยตรงต่อการพัฒนาระดับความรู้ โดยเฉพาะเมื่อประกอบกับการสนับสนุนทางอารมณ์และการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ยิ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน ($p < .05$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การให้นมที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผิวหนัง การสังเกตอาการเสี่ยง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่บ้าน โปรแกรมที่ออกแบบตามแนวทางสนับสนุนเชิงระบบสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ดูแลได้จริง โดยการเน้น การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การประเมินเป็นระยะ และการให้กำลังใจ จากพยาบาลที่มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนหลัก ซึ่งกลไกการสนับสนุนนี้ไม่เพียงช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลทารก แต่ยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ดูแล ทำให้สามารถลงมือปฏิบัติอย่างมั่นใจและถูกต้องมากขึ้น ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับแนวคิด “การเรียนรู้ทางสังคม” (Social Learning Theory) ของ Bandura (1977) ซึ่งระบุว่าการเรียนรู้ของมนุษย์เกิดจากการสังเกตแบบอย่าง (Modeling) และการเสริมแรงทางสังคม โดยผู้ดูแลที่ได้รับแบบอย่างที่ดีจากพยาบาล และได้รับคำแนะนำเชิงบวก มีแนวโน้มที่จะนำพฤติกรรมเหล่านั้นไปปรับใช้จริงในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) ที่เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมในมิติที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational support) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนด้านการปฏิบัติ (Instrumental support) ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ดูแล โดยเฉพาะในบริบทที่ต้องการการปรับตัวและรับมือกับความเครียด เช่น การดูแลทารกที่มีภาวะเสี่ยง และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล (Empowerment) แม้ไม่ใช่ตัวแปรที่วัดโดยตรง แต่เป็น “กลไกสำคัญของทฤษฎีโอเร็ม” โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ดูแลค้นพบความสามารถของตนเอง กระบวนการนี้สอดคล้องกับงานของ Lin et al. (2022) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมพลังสำหรับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแลและความสม่ำเสมอของพฤติกรรมการดูแลในบ้าน

วัตถุประสงค์ที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบูรณาการการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าวิธีการให้คำแนะนำตามมาตรฐานทั่วไป ปัจจัยที่ทำให้โปรแกรมมีความเหนือชั้นในด้านการส่งเสริมพฤติกรรม อาจมาจากการบูรณาการแนวทางการดูแลเชิงระบบเข้ากับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านข้อมูล (Informational support) ด้านอารมณ์ (Emotional support) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Participatory care) ซึ่งเอื้อให้เกิดความตระหนักรู้ ทักษะ และแรงจูงใจที่จำเป็นต่อการลงมือปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาและสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กทารกของผู้ดูแล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน เช่น การดูแลเด็กที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ

และการตัดสินใจที่รอบคอบ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยัง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ House (1981) ที่เน้นว่า การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูล การเสริมพลัง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในภาวะเสี่ยงหรือขาดความมั่นใจ ขณะเดียวกัน แนวคิด “การเรียนรู้ทางสังคม” ของ Bandura (1977) ก็ช่วยอธิบายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน โดยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ผ่านการสังเกตแบบอย่าง การเสริมแรง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการดูแลสุขภาพที่ผู้ดูแลได้รับแบบอย่างจากพยาบาลและครอบครัวที่มีบทบาทสนับสนุนอย่างจริงจัง

อีกทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิด การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ซึ่งเน้นว่าผู้ใหญ่จะเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีที่สุดเมื่อมีโอกาสเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และเมื่อสามารถเชื่อมโยงความรู้กับการปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กอายุแรกเกิด–5 ปี โดยบูรณาการเข้ากับงานส่งเสริมสุขภาพเด็กตามช่วงวัย เนื่องจากโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กได้อย่างมีนัยสำคัญ และเอื้อต่อการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในบริบทชุมชน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรสนับสนุนการบูรณาการโปรแกรมเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงด้านพัฒนาการในระบบสาธารณสุข เพื่อป้องกันพัฒนาการล่าช้าและส่งเสริมสุขภาพเด็กในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนและความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลายและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว เช่น ผลต่อพัฒนาการของเด็ก ภาวะโภชนาการ หรืออัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำ เพื่อประเมินความคงที่ของพฤติกรรมผู้ดูแลและผลต่อสุขภาพเด็กในอนาคต

3. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางการดูแลอื่น เช่น การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน Mobile health และ Telehealth หรือการให้คำปรึกษาผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการจัดบริการ

.....

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2564). *รายงานสถานการณ์สุขภาพเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564.* กระทรวงสาธารณสุข.

กฤษฎา พรหมมุณี. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความสามารถของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 45*(3), 112–124.

จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2561). *จิตวิทยาพัฒนาการ.* สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จารุวรรณ สนองญาติ, ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, เนติยา แจ่มทิม, และ ลักขณา ศิรถิรกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบบูรณาการต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 15*(1), 22–35.

ประภาภรณ์ จังพานิช และ วสุรัตน์ พลอยล้วน. (2566). การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, *46*(1), 41-53.

สำนักงานขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. (2564). *ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580): แผนการขับเคลื่อนการพัฒนา.* สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *รายงานสถิติเด็กและเยาวชน*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

Agah, J. J., Ocheni, C. A., Ezugwu, I. J., Nnaji, A. D., Nnenanya, G. C., & Eke, J. C. (2024). Application of item–objective congruence index (IOC-Index) for proper alignment of 2020 Physics WASSCE items with objectives and content. *Assere n Journal of Education, 9*(1), 57-63. https://journal.theasseren.org.ng/index.php/joed/article/view/373

Aker, A., & Uğuz, F. (2020). The effect of family-centered care on parents' stress and coping strategies in neonatal intensive care units. *Journal of Pediatric Nursing, 54*, e72–e78.

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

Benzies, K. M., Magill-Evans, J., Hayden, K. A., & Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: A systematic review. *Infants & Young Children, 26*(2), 83–104. https://doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182841f50

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

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Jeong, Y., Park, J., & Kim, H. (2021). Effects of a structured educational program for parents of preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing, 58*, e24–e30. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.006

Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Cambridge Adult Education.

Likert, R. (1967). *The method of constructing an attitude scale*. Wiley.

Lin, C. Y., Hsu, C. H., & Chiang, Y. C. (2022). Empowerment-based intervention for mothers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing, 78*(5), 1452–1462. https://doi.org/10.1111/jan.15088

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Poehlmann-Tynan, J., Gerstein, E. D., Burnson, C., Weymouth, L. A., Bolt, D., Maleck, S., Schwichtenberg, A. J. M., & Clark, R. (2015). Risk and resilience in preterm children: The role of mother–child interactions. *Child Development, 86*(3), 807–822.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Smith, V. C., & Young, S. (2012). The role of home visiting programs in promoting child health and development. *Journal of Maternal and Child Health, 16*(3), 567–573. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0792-4