



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

ISSN 1906-1773 (Print)
ISSN 2821-9058 (Online)

วารสารการพยาบาล และการศึกษา Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน 2567)



สถาบันพระบรมราชชนก
Praboromarajchanok Institute

JNAE





วารสารการพยาบาลและการศึกษา
Journal of Nursing and Education
ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567

วัตถุประสงค์

วารสารการพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ ด้านการศึกษาพยาบาล ตลอดจนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการของพยาบาล อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ
3. เสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรทางสุขภาพทั่วประเทศ

สำนักงาน

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

อาคาร 4 ชั้น 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

E-mail: nursing2551@gmail.com



วารสารการพยาบาลและการศึกษา

Journal of Nursing and Education

ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2567

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.วัน เดชพิชัย รองศาสตราจารย์ ดร.สุลาลี ทองวิเชียร รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทยาดา รัตนบุญไญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาญจน์ คงสุวรรณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภกิจ เจริญสุข ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร อาจารย์ ดร.นงนา สิงห์วีระธรรม อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ อาจารย์ ดร.กัลลารงค์ วงศ์พิทักษ์ อาจารย์ ดร.อมวดี อัมพันศิริรัตน์ อาจารย์ ดร.ชุติมา เพ็งใหญ่ อาจารย์ ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา อาจารย์ ดร.คาราวรรณ ร่องเมือง Mr.Patrick Wauters	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สขลบุรี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักวิชาการอิสระ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
บรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี		
กองจัดการ		
อาจารย์ ดร.บุญประจักษ์ จันทรวิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครศรีธรรมราช ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฐมาภา ไซตบั่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา		
กำหนดออก		
ปีละ 4 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม – กันยายน ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม		
เจ้าของ		
สถาบันพระบรมราชชนก		



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน

วารสารการพยาบาลและการศึกษา ภายใต้หน่วยงานสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานอีกครั้งโดยมีการปรับเปลี่ยนบรรณาธิการกองบรรณาธิการ รูปแบบของวารสาร ตลอดจนกระบวนการทำงานเพื่อให้เกิดคุณภาพของวารสารมากขึ้น สามารถรองรับความต้องการในการตีพิมพ์จากบทความที่มีคุณภาพ

วารสารฯ ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2567) ฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัยทั้งหมด 7 เรื่องซึ่งมาจากผู้นิพนธ์หลากหลายหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ทางบรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาวารสารให้คุณภาพทั้งในแง่ขององค์ความรู้ใหม่ ระเบียบวิธีการวิจัย ตลอดจนความเข้มข้นของเนื้อหาเพื่อเป็นแหล่งสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับสาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ)

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและการศึกษา



สารบัญ

บทความวิชาการ :

การบูรณาการทักษะการคิดเชิงบริหารกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่.....1	
<i>Integrating Executive Functions into Surveillance and Promotion of Early Childhood Development through the Adult Learning Program</i>	
ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธ์, รัตนาภรณ์ แบ่งทิศ	
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....14	
<i>The Impact of Covid-19 Epidemic on Problems of teenage pregnancy</i>	
ทัศนีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี	

บทความวิจัย :

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจ ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้.....25	
<i>Development of a Health Promotion Model to Prevent Cardiovascular Diseases for Provincial Police Officers Working in a Province, Southern Thailand</i>	
มาลี คำคง, ปุณณพัฒน์ ชำนาญเพาะ, จิตตินันท์ พงสุวรรณ	
รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก.....39	
<i>A Care Management Model to Prevent Falls among Patients with Disabilities in a Ward at the Veterans General Hospital</i>	
วงศ์แห หนูสีโทน, กาญจนา ศรีสวัสดิ์, สายสมร เฉลยภักดี	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแล และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง.....58	
<i>The Effects of a Self-Efficacy Promoting Program Using Digital Media on Caregiving Preparedness and Role Strain among Caregivers of Intermediate-Care Patients</i>	
จิรัฐยา จุลมนต์, อรรถวิทย์ จันทศิริ	
ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่..... 67	
<i>Comparison of Relationship Between Health Belief Model and Cervical Cancer Screening Among Women Aged 30-60 years in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province</i>	
พิทยารัตน์ จิกยง, นกชา ลิงหิวัธธรรม, สนิษฐา ชาวตระกูล	



สารบัญ (ต่อ)

ผลของโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจ ในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด.....	78
--	----

*The Effects of a Nurse Support Program on Blood Loss Volume and Service
Satisfaction among Mothers with a Risk of Postpartum Hemorrhage (PPH)*

อำพันธ์ ศรีเรือง, ศศิกานต์ กาละ, ผกาวัลย์ หนูมาก, นรานุช ลัณฐิติการย์

การบูรณาการทักษะการคิดเชิงบริหารกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

Integrating Executive Functions into Surveillance and Promotion
of Early Childhood Development through the Adult Learning Program

ศรินทิพย์ ชวพันธ์^{1*}, รัตนาภรณ์ แบ่งทิศ¹

Sarinthip Chawaphanth^{1*}, Rattanaporn Bangtit¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

¹McCormick Faculty of Nursing, Payap University

(Received: December 1, 2023; Revised: April 29, 2024; Accepted: May 14, 2024)

บทคัดย่อ

พัฒนาการที่สมวัยในช่วงปฐมวัย เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาศักยภาพที่อาจส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาการที่ดีของเด็ก ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เด็กปฐมวัยไทยมีปัญหาด้านพัฒนาการโดยเฉพาะทักษะการคิดเชิงบริหารล่าช้า ซึ่งปัญหาเหล่านี้สามารถส่งเสริมและป้องกันได้ โดยพยาบาลสามารถนำทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่มาประยุกต์ใช้กับกระบวนการเรียนรู้ของครูและผู้ปกครองได้

บทความนี้เน้นการนำเสนอบทบาทของพยาบาลที่สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับครูและผู้ปกครอง โดยบูรณาการทักษะการคิดเชิงบริหารกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผ่านโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนากระบวนการเรียนรู้ นอกจากนี้ ครูและผู้ปกครองยังสามารถใช้โปรแกรมนี้คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยขั้นต้น รวมถึงจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ทักษะการคิดเชิงบริหาร การเฝ้าระวัง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sarinthip_c@hotmail.com)

Abstract

Appropriate development in early childhood is an important foundation in evolving potential that can affect a child's learning and developing. In the past decade, Thai early childhood had developmental problems, especially the delayed executive function. These problems can be promoted and prevented by nurses who can apply adult learning theory for teachers' and guardians' learning process.

This article emphasizes on nurses' role who can provide learning process for teachers and guardians by using the integrating of executive functions with surveillance and promotion of early childhood through adult learning program. This is a guideline for nurses to apply this program for developing learning process. Moreover, teachers and guardians can use this program for basic screening early childhood development, including provide effective activity to promote early childhood development.

Keyword: Adult Learning Program, Executive functions, Surveillance, Promotion, Early Childhood Development

บทนำ

การพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัยให้สามารถดำรงชีวิตในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปลอดภัย และประสบความสำเร็จในชีวิต สิ่งสำคัญคือ การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทุกด้านให้สมวัย ควบคู่กับการส่งเสริมเด็กให้มีทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Functions; EF) ตั้งแต่ปฐมวัย (อายุ 0 – 6 ปี) (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) แต่ทว่าทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยทั่วประเทศ พบว่าเกือบ 1 ใน 3 ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าและมีจำนวนคงที่ไม่ลดลง (National Statistical Office, 2010; Department of Health, 2016; National Institute of Child Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2017; Jumnongsak, 2017) กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการแก้ปัญหาให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ ที่เน้นการส่งเสริมให้ครู และผู้ปกครองสามารถใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) อย่างถูกต้องได้ด้วยตนเองทุกช่วงอายุ และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจคัดกรองเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าใน 5 ช่วงอายุสำคัญ (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022) เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม และส่งเสริม พัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายให้เด็กไทยมีพัฒนาการล่าช้าไม่เกินร้อยละ 15 ภายใน ปี พ.ศ. 2561 แต่ผลการคัดกรองช่วงปี พ.ศ.2558 - 2560 ยังพบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 12.1 13.7 และ 16.4 ตามลำดับ (Jumnongsak, 2017) ยิ่งกว่านั้น ในปีพ.ศ. 2561 ยังพบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.2 (National Promotion of Child and Youth Development Committee, 2019) ประกอบกับผลการสำรวจเด็กไทยอายุ 2 - 6 ปี ทั่วประเทศ พบว่าเกือบร้อยละ 30 ของเด็กไทยมีคะแนนพัฒนาการด้านทักษะ EF โดยรวมล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย (Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (ศูนย์พัฒนาเด็กหรือโรงเรียนอนุบาล) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำถึงร้อยละ 34 (National Promotion of Child and Youth Development Committee, 2019) ซึ่งสังเกตได้ว่าเด็กที่เข้าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแล้ว อายุ 3 - 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยถึงร้อยละ 42 ซึ่งมากกว่าเด็กอายุ 0 - 2 ปี ที่ร้อยละ 23.26

(Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าแม้เพียงด้านเดียว อาจส่งผลให้พัฒนาการด้านอื่น ๆ ล่าช้าด้วยได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม แต่เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หากรีบให้การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมภายในช่วงปฐมวัย เด็กจะมีโอกาสกลับมามีพัฒนาการที่ดีสมวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าเมื่อมีปัญหารุนแรงมากแล้ว (Jumnongsak, 2017)

ครูและผู้ปกครองเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและโดยตรงในการส่งเสริมพัฒนาการรอบด้านในช่วงปฐมวัย จึงควรมีทั้งความรู้ และทักษะที่สามารถประเมินเด็กที่เสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าเบื้องต้นได้ เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างเหมาะสมได้ทันที ซึ่งปัจจุบันคู่มือ DSPM ได้บูรณาการทักษะ EF สำหรับเด็กปฐมวัย (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022) จึงทำให้ครูและผู้ปกครองต้องปรับตัวเรียนรู้การใช้คู่มือนี้ให้เป็นปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยพบว่า การจัดโปรแกรมการอบรมเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งครู (Boontiang, 2019; Papol, 2020) และผู้ปกครอง (Thongluang, Yunak, & Thangkawanich, 2017; Wechagarn & Kongtalin, 2017) มีความรู้ และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แต่ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่ออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ และทักษะโดยผู้เรียนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนที่สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของตน หรือเป็นการให้ความรู้โดยการบรรยายให้ผู้เรียนฟัง แต่ไม่ได้ลงมือฝึกปฏิบัติจริง รวมทั้งยังไม่มีการติดตามผลว่าผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง (Chanpracham & Khuana K, 2021) ประกอบกับบางแห่งมีข้อจำกัดที่ไม่เอื้ออำนวย ความสะดวกทั้งบรรยากาศ และเวลาที่จะส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีได้ จึงอาจทำให้ผู้เรียนขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน (Anansirikasem, 2021; Pattarakonnan, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult learning theory) (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ไปใช้ได้ผลดีในการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ที่มีกระบวนการจัดประสบการณ์ที่ช่วยให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้โดยยึดหลักการตอบสนองต่อธรรมชาติของผู้ใหญ่ ที่สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน ส่งผลให้ผู้เรียนตระหนักถึงความต้องการนั้น และเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ (Anansirikasem, 2021; Pattarakonnan, 2016) แต่จนถึงปัจจุบัน ทฤษฎีนี้ยังมีผู้นำไปใช้น้อยในการวิจัยที่บูรณาการทักษะ EF กับการใช้คู่มือ DSPM ในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ใหญ่ คือ ครู (Bangtit & Chawaphanth, 2023) และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (Chawaphanth, Thammajinda, Indhabhandhu, & Trakooltorwong, 2019) ซึ่งพบว่า เป็นวิธีการสำคัญสู่ความสำเร็จในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และทักษะแก่ผู้ใหญ่ ที่สอดคล้องกับการเรียนการสอนผู้ใหญ่ไทย ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งกำลังพัฒนาประเทศสู่สังคมการเรียนรู้ไร้พรมแดนในยุคดิจิทัล

บทความนี้เขียนขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ และจากประสบการณ์ของผู้เขียนในการปฏิบัติงานทั้งด้านวิชาการ และด้านวิจัยเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการบูรณาการทักษะ EF ในการใช้คู่มือ DSPM ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ทักษะ EF ซึ่งนำเสนอความหมาย องค์ประกอบ ความสำคัญของ EF ต่อเด็กในศตวรรษที่ 21 การบูรณาการทักษะ EF กับเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่วนกระบวนการจัดการเรียนรู้ นำเสนอกระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับครู และผู้ปกครองโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ และบทบาทของพยาบาลในการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับครู และผู้ปกครอง โดยบูรณาการทักษะ EF กับเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการสมวัยรอบด้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องต่อไป

ทักษะการคิดเชิงบริหาร

ทักษะ EF หมายถึงกระบวนการทำงานระดับสูงของสมองส่วนหน้า (Frontal Cortex) ที่ช่วยให้นำความรู้ไปวิเคราะห์ สังเคราะห์ และตัดสินใจในการปฏิบัติ ในการควบคุม กำกับ และจัดการกับความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และการกระทำของตนเองให้บรรลุเป้าหมายได้ตามช่วงวัยและพัฒนาการ (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017; Hanmethi & Boonmak, 2018) ทักษะ EF เริ่มพัฒนาหลังคลอด โดยพัฒนาได้ดีที่สุดในช่วงอายุ 2 - 6 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่สมองส่วนหน้ามีการเติบโตอย่างรวดเร็วมากที่สุด จึงเป็นช่วงโอกาสทองของการส่งเสริมทักษะ EF ที่เป็นรากฐานคุณภาพชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาที่ดีของเด็กได้เต็มศักยภาพต่อไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของประเทศ อย่างไม่มีช่วงวัยใดเทียบได้ (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Jumnongsak, 2017; World Health Organization, 2016; Hanmethi & Boonmak, 2018)

EF ประกอบด้วยทักษะ 9 ด้าน จัดเป็น 3 กลุ่มทักษะดังนี้ 1. กลุ่มทักษะพื้นฐาน จะพัฒนาได้ดีที่สุดใน เด็กเล็กช่วงอายุ 2 - 6 ปี ได้แก่ 1) ความจำที่นำข้อมูลมาใช้งาน (Working Memory) คือ ความสามารถของสมอง ในการจดจำข้อมูล และดึงข้อมูลที่ได้รับจากประสบการณ์เดิมมาใช้ประโยชน์ตามสถานการณ์ที่พบเจอ ซึ่งจะเริ่มพัฒนาช่วงขวบปีแรก 2) การยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง (Self-Control หรือ Inhibitory Control) คือ ความสามารถในการยั้งคิดไตร่ตรอง ควบคุมความต้องการของตน จัดลำดับความสำคัญ จนยับยั้งอารมณ์ และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งจะเริ่มพัฒนาช่วงอายุ 3 ปี ถึง 3 ปี 6 เดือน 3) การคิดและปรับการกระทำ อย่างยืดหยุ่น (Shift หรือ Cognitive Flexibility) คือความสามารถในการปรับเปลี่ยนความคิด ปรับตัวเข้ากับบุคคล สภาพแวดล้อม และเวลาที่แตกต่างกัน ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะเริ่มพัฒนาช่วงอายุ 4 ปี ถึง 6 ปี เมื่อเด็กมีทักษะพื้นฐานที่ดีจะทำให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารด้านอื่นดีตามมา เมื่อเด็กโตขึ้นช่วงอายุ 6 - 12 ปี จะมีทักษะการคิดเชิงบริหารที่มีองค์ประกอบเพิ่มขึ้น ได้แก่ 2. กลุ่มทักษะการกำกับตนเอง ได้แก่ 4) การใส่ใจหรือ จดจ่อ (Focus หรือ Attention) คือ ความสามารถในการสนใจจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาหนึ่ง โดยไม่วกแวกไปตามปัจจัยภายนอกหรือภายในตนเองที่เข้ามารบกวน 5) การควบคุมอารมณ์ (Emotion Control) คือ ความสามารถในการควบคุมการแสดงออกอย่างเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ 6) การติดตามประเมินตนเอง (Self-Monitoring) คือ ความสามารถในการตรวจสอบตนเอง ตั้งแต่การรู้จักตนเอง รู้จักอารมณ์ตนเอง ติดตามผล จากพฤติกรรมของตนเองที่ไปกระทบต่อผู้อื่น รวมถึงการตรวจสอบการทำงาน เพื่อหาจุดดี จุดบกพร่อง และประเมิน การบรรลุเป้าหมาย 3. กลุ่มทักษะการปฏิบัติ เป็นทักษะขั้นสูง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้แก่ 7) การริเริ่ม และลงมือทำ (Initiating) คือ ความสามารถในการริเริ่มลงมือทำงานอย่างเป็นขั้นตอนตามที่คิดให้ปรากฏขึ้นจริง 8) การวางแผน และการจัดระบบดำเนินการ (Planning and Organizing) คือ ความสามารถในการดำเนินการ ให้เสร็จจนถึงเป้าหมาย เริ่มตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การวางแผนงาน จัดลำดับความสำคัญ จนถึงดำเนินการ เป็นขั้นตอน และมีการประเมินผล 9) การมุ่งเป้าหมาย (Goal-Directed Persistence) คือ มีเป้าหมายที่ชัดเจน เมื่อตั้งใจและลงมือทำสิ่งใดจะมีความมุ่งมั่นอดทน ฝ่าฟันอุปสรรคจนบรรลุเป้าหมาย ซึ่งองค์ประกอบของทักษะ EF ทั้ง 9 ด้าน มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการดำเนินชีวิตของเด็กในปัจจุบันและอนาคต (Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Hanmethi & Boonmak, 2018; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017)

ความสำคัญของ EF ต่อเด็กในทศวรรษที่ 21 คือ เด็กที่มีทักษะ EF ดี จะส่งผลให้เด็กมีความพร้อมในการเรียนรู้ ในระดับชั้นสูงขึ้นไป มีพฤติกรรมเชิงบวก แสดงอารมณ์ความรู้สึกได้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีความอดทน รอคอย ที่จะทำหรือพูดในเวลาที่เหมาะสม สามารถปรับตัวเข้ากับคนและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ปรับเปลี่ยนความคิด

เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป สามารถจัดการงานหลายอย่างสลับไปมาได้ในเวลาเดียวกัน รู้จักแก้ปัญหาด้วยวิธีที่หลากหลาย (Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Seamkhumhom, Chaiyawut Wanngamwiset, & Thienphuridej, 2020; Hanmethi & Boonmak, 2018; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) มีการวิเคราะห์ และวางแผนงานอย่างเป็นระบบ มีเป้าหมายที่ชัดเจน ลงมือทำงานได้ตามแผน มีสมาธิ ตั้งใจจดจ่อกับงานที่ทำ และจัดการกับกระบวนการทำงานจนเสร็จตามแผน รู้จักประเมินตนเอง นำจุดบกพร่องมาปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ รวมทั้งสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ (Hanmethi & Boonmak, 2018; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023) การมีทักษะ EF ที่ดีจึงมีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จทั้งด้านการเรียน การทำงาน สุขภาพ และการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น (Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Hanmethi, & Boonmak, 2018; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) ในทางกลับกัน เด็กที่มีทักษะ EF ต่ำ (Center on the Developing Child, Harvard University, 2023; Seamkhumhom, Nookong, Rungamornrat, & Chutabhakdikul, 2019; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) จะส่งผลเสียในระยะสั้น เช่น เกิดความไม่พร้อมในการเรียน และขาดทักษะการเข้าสังคม มีปัญหาในการปรับตัว กินยาก อยู่ยาก ยึดติดอยู่กับความคิดหรือสิ่งเดิม ๆ ไม่สามารถคิดสิ่งใหม่ ๆ นอกกรอบได้ (Hanmethi & Boonmak, 2018) มีปัญหาด้านพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น หุนหันพลันแล่น ทำโดยไม่คิด ใจร้อน ก้าวร้าว เกเร (Hanmethi & Boonmak, 2018; Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) ส่งผลเสียในระยะยาว เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะมีปัญหาด้านสังคม เช่น ไม่ปฏิบัติตามกติกาสังคม หรือกฎหมาย แก้ปัญหาโดยใช้กำลัง (Hanmethi & Boonmak, 2018; Imnamkhao & Siripul, 2020) มีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น ติดสารเสพติด ติดเกม ติดการพนัน ก่ออาชญากรรม (Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017; Seamkhumhom, Nookong, Rungamornrat, & Chutabhakdikul, 2019; Hanmethi & Boonmak, 2018) รวมทั้งการตั้งครุฑก่อนวัยอันควร ปัญหาการอย่ำร้าง และมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Seamkhumhom, Nookong, Rungamornrat, & Chutabhakdikul, 2019) วางแผนไม่เป็น ผิดวันประกันพรุ่ง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการเรียน การทำงาน และการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) ทักษะ EF จะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับการฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นลำดับขั้นตอน โดยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่หลากหลายให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติ เมื่อได้รับการพัฒนาจนเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของสมองแล้ว จะคงอยู่เป็นลักษณะนิสัย หรือคุณสมบัติของบุคคลไปตลอดชีวิต (Hanmethi & Boonmak, 2018; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023) อย่างไรก็ตาม เด็กแต่ละคนมีทักษะ EF มากน้อยต่างกัน เด็กที่มีพัฒนาการทั่วไปดีตามวัย ไม่ได้หมายความว่าจะมีทักษะ EF ดีเสมอไป เด็กที่มีพัฒนาการทั่วไปล่าช้า จะมีความล่าช้าของทักษะ EF ด้วย (Chutabhakdikul, Thanasetkorn, Lertawasdatrakul, & Ruksee, 2017) ดังนั้น การส่งเสริมให้เด็กมีทักษะ EF ที่ดีตั้งแต่ปฐมวัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ และควรมีการบูรณาการให้สอดคล้องกับพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็กในแต่ละช่วงวัยด้วย (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022)

การบูรณาการทักษะ EF กับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

จากปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน คู่มือ DSPM เดิมที่เน้นเฉพาะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor) 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) 3) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) 4) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social) ได้มีการปรับปรุงเรียกชื่อใหม่ว่า DSPM Plus ซึ่งเพิ่มการบูรณาการการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน กับทักษะ EF ซึ่งในช่วงปฐมวัยจะเน้นเฉพาะกลุ่มทักษะพื้นฐาน ประกอบด้วยทักษะสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความจำที่นำข้อมูลมาใช้งาน ตัวอย่างวิธี

เฝ้าระวังและฝึกทักษะ คือ ให้เด็กเล่นการใช้สิ่งของตามหน้าที่ เช่น ใช้ช้อนตักในถ้วย หรือใช้หวี หวีผมให้ตุ๊กตา เล่นยานให้เด็กฟัง ตั้งคำถามจากเนื้อเรื่องในนิทานให้เด็กตอบ และกระตุ้นให้เด็กเป็นผู้ถาม เพื่อฝึกการจำคำศัพท์ และเด็กสามารถพูดสื่อความหมายอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ 2) การยับยั้งชั่งใจและควบคุมตนเอง ตัวอย่างวิธีเฝ้าระวังและฝึกทักษะ คือ ให้เด็กใช้วัตถุทรงสี่เหลี่ยม เช่น ก้อนไม้ ก่อสร้างต่อกันในแนวตั้งเป็นหอสอง และเพิ่มความยากขึ้นจนสำเร็จ ให้เด็กรู้จักรอให้ถึงรอบของตนเอง เช่น ผลัดกันเอาขนมใส่ถ้วย เอาหวีใส่หลัก เพื่อฝึกการอดทนรอให้ถึงเวลาที่เหมาะสม รู้จักให้เกียรติผู้อื่น ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ตามขั้นตอน 3) ทักษะการคิดและปรับการกระทำอย่างยืดหยุ่น ตัวอย่างวิธีเฝ้าระวังและฝึกทักษะ คือ ให้เด็กแก้ปัญหาต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น ถ้าเด็กหยิบของไม่ถึง ฝึกให้เด็กใช้ไม้เขี่ย ใช้เก้าอี้ป็นไปหยิบของ เมื่อจะกินขนมฝึกให้ตัดถุงขนม ร่วมกับฝึกสอนเรื่องความปลอดภัยด้วย ให้เด็กพูดคุยโต้ตอบกัน เช่น เล่นครูกับนักเรียน หมอบกับคนไข้ ให้เด็กมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็น เช่น ถามเด็กว่า “เราจะเล่นอะไรดี” แบ่งหน้าที่ในการทำงานร่วมกัน เช่น ขออาสาสมัครช่วยแจกนม ให้เพื่อน ช่วยเก็บขยะ เพื่อให้รู้จักดัดแปลงการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และทักษะการเข้าสังคม เป็นต้น (National Institute of Child Health Development, 2022; Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022; Center on the Developing Child, Harvard University, 2023)

ดังนั้น การบูรณาการทักษะ EF ตามคู่มือ DSPM Plus เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการที่สมวัยรอบด้านจะมีประสิทธิภาพได้ ผู้มีบทบาทหลักทั้ง ครู (Boontiang, 2019; Papol, 2020) และผู้ปกครองเด็ก (Thongluang, Yunak, & Thangkawanich, 2017; Wechagarn & Kongtalin, 2017) ควรมีทั้งความรู้ และทักษะเพียงพอที่จะสามารถประเมิน คัดกรอง พัฒนาการขั้นต้น และจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ทั้งเด็กปกติและเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม (Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022) รวมทั้งจัดประสบการณ์และกิจกรรมที่หลากหลาย ให้เด็กได้รับการฝึกฝนอย่างเหมาะสม สม่่าเสมอ ทั้งที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและที่บ้าน อย่างไรก็ตามยังพบว่า ครูและผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ไม่ได้รับคู่มือ DSPM Plus หรือได้รับแต่ไม่อ่านคู่มือ เด็กมีโอกาสพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 57.80 หรือ 1.69 เท่าของเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM Plus (Audit and Evaluation Committee Ministry of Public Health, 2022)

กระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับครูและผู้ปกครองโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

กระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับครู และผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ใหญ่ ต้องยึดหลักการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้และธรรมชาติของผู้ใหญ่ ตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) คือ ผู้สอนจะเปลี่ยนบทบาทไม่เป็นผู้สอนแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่จะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ (Learning Facilitator) โดยโนลส์ได้ให้หลักการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Andragogy Core Adult Learning Principles) 6 หลักการ (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ดังนี้

1. ความต้องการที่จะเรียนรู้ (Needs to Know) ผู้ใหญ่จะถูกโน้มน้าวให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี หากมีเนื้อหาและกิจกรรมสอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้ใหญ่จึงต้องทราบเหตุผลว่า จะเรียนไปทำไมได้ประโยชน์อะไร ถึงจะเกิดความสนใจและพึงพอใจที่จะเรียนรู้
2. มโนทัศน์ของผู้เรียน (Self-Concept) ผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะสูง ต้องการอิสระในการตัดสินใจควบคุมการเรียนรู้ของตน ซึ่งจะพัฒนาจากการพึ่งพาผู้อื่นไปเป็นการนำตนเอง จึงจะสร้างความร่วมมือในการเรียนรู้
3. ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ผู้ใหญ่มีประสบการณ์ที่สะสมจากการเรียนรู้ในอดีตเป็นพื้นฐาน จึงนำไปเชื่อมโยงกับการเรียนรู้ใหม่ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น ผู้ใหญ่สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นได้ จึงเป็นการขยายโลกทัศน์ให้กว้างขวางมากขึ้น

4. ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่จะมีความพร้อมในการเรียนรู้ได้ดี ถ้าเรื่องที่เรียนรู้นั้นมีประโยชน์ มีความจำเป็น ต้องรู้ สอดคล้องกับความต้องการ และสถานการณ์จริงในชีวิตของตน จึงเกิดเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. แนวทางการเรียนรู้หรือความมุ่งหมาย (Orientation to Learn) ผู้ใหญ่จะยึดปัญหาตนเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ และจะเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพราะขาดความรู้และประสบการณ์ในการแก้ปัญหาชีวิตในปัจจุบัน จึงมาเรียนเพื่อมุ่งที่จะนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติได้จริงในทันที

6. แรงจูงใจในการเรียนรู้ (Motivation to Learn) การให้แรงจูงใจที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ประกอบด้วย แรงจูงใจภายใน ที่ทำให้รู้สึกพึงพอใจในการเรียนรู้ มีคุณค่า มีความภูมิใจ และมีความมั่นใจในตนเอง ส่วนแรงจูงใจภายนอก ได้แก่ ความพร้อมในการเรียน และการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

โนลส์ ยังได้รวบรวมประสบการณ์สอนผู้ใหญ่ที่ดัดแปลงหลักการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ดังกล่าว และได้เสนอแนะกระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (An Andragogical Process Model for Learning) 7 ขั้นตอนตามลำดับ (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ดังนี้

1. การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ (Establishing a Climate Conducive to Learning) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยผู้สอนจัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี ทั้งบรรยากาศที่เป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสภาพแวดล้อมทางจิตวิทยา

2. การจัดโครงสร้างเพื่อการวางแผน (Creating a Mechanism for Mutual Planning) เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการวางแผนการเรียนรู้ ซึ่งอาจใช้เทคนิคให้ผู้เรียนร่วมกันแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การอภิปรายกลุ่ม หรือการตกลงร่วมกัน

3. การวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ (Diagnosing the Needs for Learning) เพื่อให้ผู้เรียนยอมรับและตระหนักถึงความต้องการนั้น โดยให้ผู้เรียนวิเคราะห์ความต้องการ ความสนใจ และสมรรถนะที่พึงประสงค์ของผู้เรียนที่มีความสำคัญ จำเป็น และยังขาดอยู่ในขณะนั้น ซึ่งอาจใช้เทคนิคให้ผู้เรียนประเมินตนเอง และอภิปรายร่วมกัน

4. การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ (Formulating Program Objectives) เพื่อให้ผู้เรียนกำหนดทิศทางทางการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเกิดความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายที่ตนกำหนด โดยให้ผู้เรียนกำหนดวัตถุประสงค์ที่เป็นจริงได้ ให้ข้อเสนอแนะ และร่วมวางแผน ให้ครอบคลุมที่สามารถวัดเป็นรูปธรรมได้

5. การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ (Designing a Pattern of Learning Experiences) เพื่อให้เนื้อหาของกิจกรรมมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน โดยให้ผู้เรียนเลือกวิธีการและกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการ รวมทั้งคำนึงถึงหลักการจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ คือ เนื้อหาและวิธีการจัดกิจกรรมต้องเรียงลำดับจากง่ายไปยาก และมีความสอดคล้อง ต่อเนื่องเชื่อมโยงกันตลอด

6. การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ (Conducting these Learning Experiences with Suitable Techniques and Materials) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ และบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของแต่ละกิจกรรม โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้แนะนำเนื้อหาและสื่อประกอบการเรียนรู้ รวมทั้งเป็นผู้เชื่อมโยงความรู้ระหว่างการจัดกิจกรรม ซึ่งอาจใช้เทคนิค 1) การถ่ายทอดความรู้ เช่น การบรรยาย การสาธิต การใช้สื่อประกอบการสอนด้วยคู่มือ สไลด์ หรือวีดิทัศน์ เป็นต้น และ 2) การให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เช่น การซักถาม การอภิปรายร่วมกัน การสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น

7. การประเมินผลการเรียนรู้ (Evaluating the Learning Outcomes) เพื่อช่วยให้ผู้เรียนประเมินความก้าวหน้าในการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นระยะ (Self-Evaluation) และวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของตนซ้ำอีกครั้ง (Re-diagnosis of Learning Needs) ขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะทราบว่าตนเองถึงเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้หรือยัง ถ้ายังผู้เรียนจะเป็นผู้ระบุความต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มเติม ทำให้วงจรของระบบการเรียนรู้จากขั้นตอนที่ 7 ย้อนไปบรรจบเป็นขั้นตอนที่ 3 (Re-assessment of Learning Need) อีกรอบ

สรุปได้ว่า การจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่จะสามารถตอบสนองความต้องการและความสนใจของผู้เรียนได้ดีในแต่ละขั้นตอนผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรม และลงมือปฏิบัติมากกว่าการเป็นผู้ฟัง โดยผู้สอนต้องมีความเชี่ยวชาญและมีทักษะในการจัดกิจกรรม รวมทั้งเป็นผู้อำนวยความสะดวกในทุก ๆ ด้าน วิธีการสอนและเทคนิคที่ใช้ต้องมีความหลากหลาย เหมาะสมกับวัย และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมมาใช้ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจ และเกิดการเรียนรู้ได้ดี (Knowles, Swanson, & Holton, 2011)

บทบาทของพยาบาลในการจัดการกระบวนการเรียนรู้สำหรับครูและผู้ปกครอง โดยบูรณาการทักษะ EF กับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

จากประสบการณ์ของผู้เขียนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้นำทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล ซึ่งได้ผลดีมาโดยตลอด (Chawaphanth, Thammajinda, Indhabhandhu, & Trakooltorwong, 2019; Bangtit & Chawaphanth, 2023) จึงเชื่อมั่นว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ เป็นเครื่องมือและบทบาทอิสระสำคัญที่พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้และบูรณาการกับงานประจำ เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการเรียนรู้สำหรับครูและผู้ปกครองของทั้งเด็กปกติ และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า หากได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และศักยภาพของเด็กอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (Department of Health, 2016) ดังเช่น โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ที่ผู้เขียนสร้างขึ้น (Chawaphanth, Thammajinda, Indhabhandhu, & Trakooltorwong, 2019; Bangtit, & Chawaphanth, 2023) เพื่อนำเสนอเป็นตัวอย่าง บทบาทของพยาบาลที่สามารถบูรณาการทักษะ EF กับคู่มือ DSPM สำหรับเด็กปกติ ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 7 ขั้นตอน (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ให้สอดคล้องกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน คือครู หรือผู้ปกครองเด็กในศตวรรษที่ 21 แต่ละราย โดยการจัดโปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลและผู้เรียนรับผิดชอบร่วมกัน โดยพยาบาลเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำสู่การปฏิบัติ โดยดำเนินโปรแกรมตามลำดับ 8 กิจกรรม รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ (20 นาที) เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยเลือกสถานที่จัดการอบรมที่ผู้เรียนคุ้นเคย และวัน เวลาที่สะดวกต่อการมาร่วมโปรแกรม จัดบรรยากาศที่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดี ทั้งบรรยากาศที่เป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่อำนวยความสะดวกสบาย และเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย เช่น การจัดสถานที่ การจัดสื่อ วัสดุอุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมทางจิตวิทยาที่เป็นกันเอง โดย 1) ผู้เขียนและผู้เรียนแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจกัน 2) สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ เช่น ใช้สื่อวีดิทัศน์ที่แสดงให้ผู้เรียนเห็นความจำเป็น ประโยชน์ และตั้งใจในการอบรม 3) สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสารกันทางไลน์กลุ่ม หรือโทรศัพท์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ปกป้องปัญหาอุปสรรคระหว่างกันได้อย่างสะดวกตามความต้องการของผู้เรียนแต่ละราย

กิจกรรมที่ 2 การจัดโครงสร้างเพื่อการวางแผน (20 นาที) เพื่อให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในวางแผนการเรียนรู้ใหม่ โดย 1) แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมที่มีเกี่ยวกับการบูรณาการทักษะ EF ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2) ร่วมกันวางแผนการเรียนรู้โดยการเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมให้สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ใหม่

กิจกรรมที่ 3 การวิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ (20 นาที) เพื่อให้ผู้เรียนตระหนัก ยอมรับความต้องการ และเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้ โดย 1) ให้ผู้เรียนประเมินระดับความรู้และทักษะของตนในการบูรณาการทักษะ EF ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2) วิเคราะห์ความต้องการในการเรียนรู้ของตน 3) พิจารณานี้อาหา และกิจกรรมที่มีความจำเป็น และผู้เรียนยังขาดอยู่ในขณะนี้ ที่สอดคล้องกับความต้องการและความสนใจในการเรียนรู้ของผู้เรียน

กิจกรรมที่ 4 การกำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ (10 นาที) เพื่อร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่คาดหวัง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมนี้แล้วสามารถบรรลุได้จริง โดยให้ผู้เรียนร่วมกันกำหนดเป้าหมายให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ และทักษะที่สามารถประเมินเป็นรูปธรรมได้

กิจกรรมที่ 5 การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ (25 นาที) เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ มีความเหมาะสม สอดคล้อง กับความต้องการ และเป้าหมายในการเรียนรู้ โดย 1) ผู้เขียนบอกข้อดี ข้อจำกัดของการเรียนรู้ 2) ร่วมกันพิจารณา แผนโปรแกรมให้มีกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ และเป้าหมายในการเรียนรู้ตามที่ได้ร่วมกันเสนอ โดยยึดหลักการจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ คือเนื้อหาของแต่ละกิจกรรมต้องมีความต่อเนื่องเชื่อมโยงกัน เรียงลำดับ เนื้อหาจากง่ายไปยาก และมีวิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกัน โดยบูรณาการทักษะ EF ให้ครอบคลุม ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กิจกรรมที่ 6 การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ (2 ชั่วโมง 30 นาที) เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะ ตามความต้องการ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ และมีเป้าหมายที่ร่วมกันวิเคราะห์ ว่ามีประโยชน์และมีความจำเป็น โดย 1) ผู้เขียนให้ความรู้และฝึกทักษะแบบกลุ่มใหญ่แก่ผู้เรียน เกี่ยวกับการพัฒนาการเด็กปฐมวัย ความสำคัญและการบูรณาการ ทักษะ EF ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint วิดีทัศน์ คู่มือ และอุปกรณ์ DSPM และการสาธิต 2) ฝึกทักษะแบบกลุ่มย่อย ตามช่วงอายุเด็กที่ผู้เรียนได้รับผิดชอบดูแล โดยให้แต่ละกลุ่มสมมติ เป็นผู้เรียนและเด็กสลับกัน แล้วทดลองฝึกปฏิบัติตามที่ผู้เขียนสาธิต โดยมีผู้เขียนประจำ แต่ละกลุ่มสังเกต และให้คำแนะนำ 3) ชี้แจงวิธีการใช้ และให้คู่มือ วิดีทัศน์ พร้อมทั้งแบบบันทึก เพื่อให้ผู้เรียนใช้ประกอบการอบรม ใช้ศึกษาทบทวนความรู้ และฝึกทักษะ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 - 4 กิจกรรมที่ 7 การประเมินผลความก้าวหน้าของการเรียนรู้ ตามลำดับ ดังนี้

7.1 สัปดาห์ที่ 2 ทบทวนความรู้ฝึกทักษะ และการลงบันทึกด้วยตนเอง เพื่อพัฒนาจากการพึ่งพาผู้อื่น เป็นการนำตนเองได้ โดย 1) ทบทวนความรู้ และฝึกทักษะกับเด็ก โดยใช้คู่มือ และอุปกรณ์ที่ได้รับจากการอบรม 2) บันทึกพัฒนาการ วิธีการส่งเสริม รวมทั้งบันทึกปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการบูรณาการทักษะ EF ในการเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแบบบันทึก 3) ผู้เขียนรับแบบบันทึกจากผู้เรียนมาพิจารณาร่วมกันเพื่อวางแผน การติดตามและส่งเสริมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับผู้เรียนแต่ละคนในกิจกรรมที่ 7.2 ต่อไป

7.2 สัปดาห์ที่ 3 การประเมินผลทางโทรศัพท์ หรือไลน์กลุ่ม (5 - 30 นาที) ตามช่วงเวลาที่ผู้เรียนสะดวก เพื่อติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับผู้เรียนแต่ละราย โดย 1) ผู้เขียนและผู้เรียนแลกเปลี่ยนข้อมูล การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ปรัชญาปัญหา อุปสรรค 2) ผู้เขียนนำผลการประเมินไปวางแผนในการติดตาม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับผู้เรียน แต่ละรายในกิจกรรม ที่ 7.3 ต่อไป

7.3 สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลรายกลุ่มย่อย โดยการพบปะกัน เพื่อติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้ทราบว่าผู้เรียนแต่ละคนบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้หรือไม่ มีอะไรเป็นปัญหาอุปสรรค โดย 1) ผู้เขียน และผู้เรียนแลกเปลี่ยนข้อมูลในช่วง 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น ปรัชญาปัญหาอุปสรรค และวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของตนซ้ำอีกครั้ง เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของตนกับช่วงก่อนเข้า โปรแกรม 2) ผู้เขียนให้คำแนะนำ สาธิต และให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับในข้อที่ยังพร่องทักษะ 3) ผู้เขียนนำผล การประเมินไปวางแผนในการติดตาม และส่งเสริมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับผู้เรียนแต่ละรายในกิจกรรมที่ 8 ต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 8 การเพิ่มพูน และความยั่งยืนของความรู้ และทักษะ (2 ชั่วโมง 45 นาที) โดย 1) ทบทวนความรู้และ ฝึกทักษะแบบกลุ่มใหญ่ (30 นาที) โดยผู้เขียนบรรยายประกอบ สื่อดังกล่าว 2) ทบทวนการฝึก ทักษะแบบกลุ่มย่อย โดยการสาธิตและให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับ รายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำ วิธีการกลับไปฝึกกับเด็กได้อย่างยั่งยืน โดยมีผู้เขียนสังเกตและให้คำแนะนำผู้เรียนแต่ละกลุ่ม 3) ผู้เขียนเพิ่มพูนความรู้ และทักษะใหม่แบบกลุ่มใหญ่ เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนสามารถบูรณาการทักษะ EF ในเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กในช่วงวัยถัดไป

เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนถึงกิจกรรมที่ 7 ผู้เรียนจะทราบว่าตนเองบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือยัง ถ้ายังผู้เรียนจะเป็นผู้ระบุความต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมต่อไป โดยวงจรของระบบการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ 7 จะย้อนไปบรรจบเป็นกิจกรรมที่ 3 อีกรอบ กระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนจึงเกิดอย่างต่อเนื่องด้วยการขึ้นนำตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และลงมือปฏิบัติจริงจนเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน นอกเหนือจากกระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ 7 ขั้นตอน (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ดังกล่าวแล้วผู้เขียนยังเสนอแนะให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพมีบทบาทเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 8 เพื่อเพิ่มพูนและความยั่งยืนของความรู้และทักษะให้ผู้ปกครองด้วย

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา ประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้ เกิดจากบทบาทของพยาบาลที่สามารถสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนทั้งครูและผู้ปกครองของเด็ก มีความพร้อม เห็นความสำคัญ และประโยชน์ในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้เรียนรับผิดชอบดูแลเด็กในวัยที่ตรงกับเนื้อหาในโปรแกรมนี้ จึงทำให้มีความสนใจและต้องการเรียนรู้เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับเด็กที่อยู่ในความดูแล ตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุด ถ้าเรื่องนั้นมีความจำเป็นต่อรัฐ สอดคล้องกับความต้องการ ผู้เรียนจะรู้สึกว่ามีประโยชน์ เกิดเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะสอน ผู้เรียนจึงเรียนรู้และฝึกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ประกอบกับ พยาบาลยังมีบทบาทในการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการ กำหนดเป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล จึงทำให้กิจกรรมต่าง ๆ มีความสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนการเรียนรู้ ด้วยการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิด และต้องการที่จะเรียนรู้ จึงส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจ ตระหนักถึงความต้องการนั้น จึงเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรมนี้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้เรียนปฏิบัติตามโปรแกรมนี้โดยเน้น EF ทุกกิจกรรมตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ ซึ่งมีกิจกรรมที่หลากหลาย แต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายที่ชัดเจนตามความต้องการของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้จากการสอนได้เห็นการสาธิต และได้ฝึกปฏิบัติจริง ร่วมกับได้ใช้คู่มือ แบบบันทึก และอุปกรณ์ DSPM ที่ดึงดูดความสนใจและง่ายต่อการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ ที่กล่าวว่าวิธีการฝึกอบรมที่ผู้เรียนได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย จะช่วยให้เกิดผลดีกับผู้เรียนในการพัฒนาตนเอง ซึ่งควรเกิดจากความต้องการของผู้เรียนด้วย (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) จึงส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ สามารถประสมประสานความรู้ทางทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติที่ได้รับ ไปปฏิบัติการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างเหมาะสม ถูกวิธี ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพพยาบาลยังมีบทบาทในการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของผู้เรียน ทั้งแบบเชิงรุกและเชิงรับ ตามช่องทางและเวลาที่ผู้เรียนแต่ละคนสะดวก หากพยาบาลพบว่า ผู้เรียนยังพร่องความรู้และทักษะ พยาบาลมีบทบาทในการอธิบาย สาธิต และกระตุ้นให้ผู้เรียนฝึกทักษะนั้นซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคงทนของความรู้และทักษะมากขึ้น

สรุป

เด็กปฐมวัย เป็นวัยที่สมองพัฒนาอย่างรวดเร็วมากที่สุดโดยเฉพาะสมองส่วนหน้า จึงเป็นโอกาสทองในการวางรากฐานคุณภาพชีวิตให้มีพัฒนาการที่สมวัยรอบด้านได้เต็มศักยภาพอย่างไม่มีช่วงวัยใดเทียบได้ แต่กว่า 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนเด็กปฐมวัยไทยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้ายังไม่ลดลง และยังมีคะแนนทักษะ EF โดยรวมล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวเด็ก ครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้น คู่มือ DSPM Plus จึงเพิ่มการบูรณาการการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน กับทักษะ EF ในกลุ่มทักษะพื้นฐาน ประกอบด้วยทักษะสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความจำที่นำข้อมูลมาใช้งาน 2) การยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเอง และ 3) การคิดและปรับการกระทำอย่างยืดหยุ่น ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมเด็กปฐมวัยให้มีพัฒนาการที่สมวัยรอบด้าน สิ่งสำคัญคือความสามารถของพยาบาลในการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ โดยบูรณาการทักษะ EF ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้สอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน

ด้วยการสนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้เรียนซึ่งมีบทบาทหลักทั้งครูและผู้ปกครองเด็ก มีความรู้ และทักษะเพียงพอที่จะสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการรอบด้านให้ทั้งเด็กปกติและเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม สม่าเสมอ เพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กสามารถปรับตัวให้เข้ากับการดำรงชีวิตในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีความสุข ปลอดภัย และประสบความสำเร็จในชีวิต

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ที่ผู้เขียนสร้างขึ้นนี้ได้รับการวิจัยแล้วว่า มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะของครูและผู้ปกครอง ให้สามารถเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เป็นไปตามวัยได้ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับบริบทของครูและผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอื่นได้ เนื่องจากมีการสร้างโปรแกรมที่สอดคล้องกับความต้องการ และเป้าหมายในการเรียนรู้ของครูและผู้ปกครองเด็กแต่ละรายแต่ละวัย ตามทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Knowles, Swanson, & Holton, 2011) ซึ่งมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย แต่ละกิจกรรมมีเป้าหมายชัดเจนในการส่งเสริมให้ครูและผู้ปกครองเด็กเกิดความรู้และทักษะในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องได้ด้วยตนเองทั้งที่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและที่บ้าน

References

- Anansirikasem, P. (2021). The development of teaching and learning based on andragogy concept in biostatistics and epidemiology subject. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(5), 435-448. (in Thai)
- Audit and Evaluation Committee Ministry of Public Health. (2020). *Report on Government Inspection and Evaluation Issues of the Ministry of Public Health 2021*. Retrieved November 5, 2023 from: <https://nich.anamai.moph.go.th/th/download>. (in Thai)
- Bangtit, R., & Chawaphanth, S. (2023). Effects of adult learning program on teachers' knowledge and skills in developmental surveillance and promoting early childhood Development. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(2), 77-87. (in Thai)
- Boontiang, O. (2019). The results of the integration of learning management with executive function of young children teachers in Kamphaeng Phet province. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*, 9(1), 221-229. (in Thai)
- Center on the Developing Child, Harvard University. (2023). *Executive Function & Self-Regulation*. Retrieved November 2, 2023, from <https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/executive-function/>
- Chanpracham, K., & Khuana, K. (2021). Solution guidelines of academic administration in early childhood education of schools in the district of Tak district under the office of primary educational service area Tak 1. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(3), 74-85. (in Thai)
- Chawaphanth, S., Thammajinda, O., Indhabhandhu, J., & Trakooltorwong, P. (2019). Effects of Andragogical Program on knowledge and skills for surveillance and promotion of early childhood development among guardians. *Journal of nursing and education*, 12(3), 58-72. (in Thai).

- Chutabhakdikul, N., Thanasetkorn, P., Lertawasdatrakul, O., & Ruksee, N. (2017). *Tools Development and Normative Criteria for Assessment of Executive Function in Early Childhood*. Bangkok: Research Center for Neuroscience, Mahidol University. (in Thai)
- Department of Health. (2016). *National Environmental Health Information System: NEHIS*. Retrieved November 4, 2023 from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/surveillance/default/index?year=2016> (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Information System Supporting Health Promotion and Environmental Health*. Retrieved November 10, 2023 from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/surveillance?year=2019> (in Thai)
- Hanmethi, S., & Boonmak, P. (2018). *Parent Handbook: Executive Functions Development: Since Fertilize-3 Years Old*. Bangkok: Aksorn sampan press (1987) co. ltd.
- Imnamkhao, S., & Siripul, P. (2020). Executive function (EF) in early childhood: A concept analysis. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 30(3), 10-22. (in Thai)
- Jumnongsak, J. (2017). *Evaluation policy: A case study of child development promoting project for celebration on the auspicious occasion of HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn's 5th cycle birthday anniversary 2nd April 2015*. *Region 4-5 Medical Journal*, 36(3), 176-188. (in Thai)
- Knowles, MS., Swanson, RA., & Holton, EF. (2011). *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. (7th ed.). London: Elsevier.
- National Institute of Child Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Developmental Situation of Thai Children, Random Survey in 2017*. Retrieved November 4, 2023, from: http://nich.anamai.moph.go.th/download/DSPM/random1_12_2017.pdf. (in Thai)
- National Institute of Child Health Development. (2022). *Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)*. Chiang Mai: Siampimnana co.ltd. (in Thai)
- National Promotion of Child and Youth Development Committee. (2019). *National Child and Youth Development Plan No. 2 (2018-2022)*. Retrieved November 7, 2023, from <https://cyct.dcy.go.th/wp-content/uploads/docs/PlanChilden2560-2564.pdf> (in Thai)
- National Statistical Office. (2010). *Census: Population by Age, Genders and Subdivisions 2010*. Retrieved November 2, 2023, from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/census/pophouse53.html> (in Thai)
- Papol, K. (2020). An analysis of parents' Thai way of life child rearing: A case study of the central region. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 14(3), 27-40. (in Thai)
- Pattarakonnan, N. (2016). Science and art of teaching andragogy. *Journal Education Silpakorn University*, 14(2), 40-53. (in Thai)
- Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) for Young children*. Chiang Mai: Siampimnana Limited. (in Thai)
- Seamkhumhom, D., Chaiyawut., P, Wanngamwiset, S., & Thienphuridej, T. (2020). Promoting to executive function in preschool children. *JMND*, 7(10), 15-31. (in Thai)

- Seamkhumhom, D., Nookong, A., Rungamornrat, S., & Chutabhakdikul, N. (2019). Factors related to executive functions in preschool-aged children. *JTNMC*, 34(4), 80-94. (in Thai)
- Thongluang, P., Yunak, R., & Thangkawanich, T. (2017). The effect of self-efficacy developing program on promoting early childhood development. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 11(3), 92-101. (in Thai)
- Wechagarn, B., & Kongtalin, O. (2017). Development of transformative learning process for parents and caregivers toward promoting of child development in young children in I-saan community. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(3), 1-11. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Early child development-child health and development*. Retrieved November 7, 2023 from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/guidelines_improving_early_childhood_development/en/. (in Thai)

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น The Impact of Covid-19 Epidemic on Problems of teenage pregnancy

ทัศนีย์ หนูนารณ^{1*}, เบนจาวรรณ ละหุการ¹, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี¹

Tassanee Noonart^{1*}, Benjawan Lahukarn¹, Walailak Suwanpakdee¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

¹College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

(Received: September 19, 2023; Revised: March 13, 2024; Accepted: March 31, 2024)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอใน 3 ประเด็น คือ 1) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในวัยรุ่น 2) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) แนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเนื้อหาที่ได้เกิดจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญในการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นวัยที่มีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อได้รับเชื้ออาจทำให้ไม่แสดงอาการ จึงส่งต่อไวรัสไปยังผู้อื่นได้ โดยไม่รู้ตัว รวมทั้งมีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งองค์ความรู้ที่ได้จากบทความวิชาการนี้สามารถสรุปเป็นแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์ในการคิดพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เท่าทันกับวิถีชีวิตยุคใหม่ หรือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ท้นต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ยุคที่มีเทคโนโลยีก้าวไกล รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมโลกที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารแบบไร้ขีดจำกัด ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องได้สะดวกทุกที่ทุกเวลา มีการสร้างแรงจูงใจ ทำให้วัยรุ่นมีความรู้ มีเจตคติที่ถูกต้อง เกิดทัศนคติที่ดีหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่เลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์และไม่ป้องกัน พัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นที่นำไปใช้ในการดำรงชีวิตในโลกศตวรรษที่ 21 สู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ยกระดับความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้มีการเติบโตอย่างปลอดภัย สู้ภัยผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์วัยรุ่น โรคโควิด-19 โรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tassanee@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This descriptive academic article aimed to document the situation of the COVID-19 pandemic among teenagers and the impact of Covid-19 on teenage pregnancy, as well as to provide nurses with guidelines for preventing teenage pregnancy. The content was obtained from the analysis and synthesis of literature regarding the Covid-19 pandemic situation and the problem of teenage pregnancy. Teenagers were an important group responsible for the spread of Covid-19, as they are an age group with very mild or no symptoms and a lot of social interactions. They could pass the virus on to others without realizing it, therefore causing an impact on teenage pregnancy. The results from this academic article could be summarized as a guideline for developing a model for teenage pregnancy prevention so they have better knowledge and attitude and can avoid risk behaviors like having unsafe sex.

Keywords: Teenage Pregnancy, Covid-19, Covid -19 in Pregnant Women

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2017) โดยพบอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกช่วงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี เท่ากับ 65 ต่อ 1,000 คนของการคลอด (Techa-in & Siri Wattanapa, 2012) เป็นปัญหายาวนานกว่า 10 ปี ในขณะที่ประเทศไทยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 31.3 ต่อ 1,000 คน และมีแนวโน้มลดลง (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2021) แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นจะลดลงเนื่องจากการศึกษาที่ดีขึ้น การเข้าถึงการแพทย์ที่ดีขึ้น และการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม หากวัยรุ่นยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ ก็ยังคงได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของวัยรุ่น ทั้งนี้ได้มีการวัดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะ หรือ Disability-Adjusted Life Years (DALY) พบว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นนั้นเป็นสาเหตุ 1 ใน 5 อันดับของการสูญเสียปีสุขภาวะ และการเสียชีวิตของประชากรวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี (Choonnak & Piyamongkol, 2022) โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป็นหนึ่งในเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ ภายในปีพ.ศ.2573 (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2017) สำหรับประเทศไทย ในช่วง 3 ปีย้อนหลังของการสำรวจจากรายงานประจำปี สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ในไทยลดลง แต่ก็ยังอยู่ในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับนานาชาติประเทศ อีกทั้งยังสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ กล่าวคือกำหนดอัตราการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นไม่ควรเกินร้อยละ 10 แต่สถิติในพ.ศ.2562 พบว่า วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี คลอดบุตรเฉลี่ยวันละ 169 คน คิดเป็น 28.8 ต่อประชากรแสนคน โดยที่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี ให้กำเนิดบุตรเฉลี่ยวันละ 6 คน ด้านจำนวนคุณแม่วัยรุ่นในปีเดียวกัน คือจำนวนวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ให้กำเนิดบุตรอยู่ที่ 63,831 ราย โดยแยกเป็นอายุระหว่าง 15 - 19 ปี จำนวน 61,651 ราย และอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 2,180 ราย และพบว่าในปี 2563 ประเทศไทยมีการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.94 ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 11 เท่ากับร้อยละ 17.94 ซึ่งจัดอยู่ลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพทั้งหมดของประเทศ ทั้งนี้เป็นวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาร้อยละ 56.1 และเป็นวัยรุ่น

ที่อยู่นอกระบบการศึกษาร้อยละ 43.9 ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจร้อยละ 77 (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2021)

จากสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาการตั้งครรภ์ ความเครียด สุขภาพจิต การติดสารเสพติด การเจ็บป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของวัยรุ่นและเยาวชนมีความรุนแรงและมีความซับซ้อนมากขึ้นสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ตลอดจนเทคโนโลยีในปัจจุบันส่งผลให้วัยรุ่นและเยาวชนจำนวนไม่น้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และปัญหาด้านสุขภาพจิตพบว่า อายุเฉลี่ยของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ที่อายุ 15 ปี นำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ การทำแท้ง ซึ่งข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยทำแท้งพบว่า ร้อยละ 92.6 ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ร้อยละ 41.3 ไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ (Bureau of Epidemiology Department of Disease Control, 2018) ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพเชื่อมโยงไปถึงปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การขาดโอกาสทางการศึกษา การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2019) โดยพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เกิดการตั้งครรภ์ กล่าวคือ ร้อยละ 47.60 ไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา การวางแผนครอบครัว และวิธีการคุมกำเนิด รวมถึงมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (Suwanwanich, 2016) ผลของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อเศรษฐกิจและสังคม สืบเนื่องจากพ่อแม่วัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเรียน อาจต้องออกจากระบบการศึกษา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการขัดขวางความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การติดยาทางสังคม รวมถึงชีวิตส่วนตัว โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ และแม่วัยรุ่นที่จะต้องเผชิญปัญหาอุปสรรคในการศึกษาต่อการถูกตีตราทางสังคมจากเพื่อนครู และพ่อแม่ผู้ปกครองของนักเรียนคนอื่น การติดยาทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดอาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา เช่น ปัญหาทางการเงินเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ เสียชีวิตของทารกแรกคลอด ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การขาดความร่วมมือในการเลี้ยงดูบุตร (Chanthanakul, 2021) ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง หรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ

เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 วัยรุ่นเป็นกลุ่มสำคัญในการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีร่างกายที่แข็งแรง เมื่อได้รับเชื้ออาจทำให้ไม่แสดงอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง จึงส่งต่อไวรัสไปยังผู้อื่นได้ โดยไม่รู้ตัวได้ เพราะวัยรุ่นมักมีการมีรสุม มีการนัดพบกัน มีการพักอาศัยร่วมกัน มีการสัมผัสใกล้ชิด ขาดความระมัดระวัง และไม่ได้กลัวกับการระบาดของโรค อีกทั้งพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป มีการพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยเฉพาะเรื่องการร่วมเพศซึ่งวัยรุ่นมองว่าเป็นเรื่องปกติ การเข้าสู่วัยรุ่นหนุ่มสาวเร็วขึ้น มีเพศสัมพันธ์โดยขาดการพิจารณา การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นที่เลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์และไม่ป้องกัน มีผลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมาได้

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด (COVID-19) ในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการอิสระและต้องการพื้นที่ความเป็นส่วนตัวสูง กลุ่มวัยนี้เป็นวัยเรียนที่ส่วนใหญ่อยู่ในระบบสถานศึกษา มีการรวมตัวกันจำนวนมาก จึงเป็นวัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากมีความอิสระในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่เสมอ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคระบาดติดต่อที่รุนแรง สามารถแพร่กระจายได้ง่ายและส่งผลกระทบกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ตลอดจนไตวาย จนมีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าว

เนื่องจากเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 สถานศึกษาหลายแห่งต้องจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ทำให้วัยรุ่นบางกลุ่มขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เสียโอกาสในการเรียนรู้ และพัฒนาทางสังคม ส่วนครูก็ขาดปฏิสัมพันธ์กับนักเรียน นักเรียนบางคนมีความเครียดที่สูงขึ้น เกิดภาวะหมดไฟในการเรียน ทำให้หลุดออกจากระบบการศึกษา (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2021) ทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากปัญหาการคุมกำเนิดล้มเหลวสะท้อนถึงการขาดความรู้เรื่องเพศศึกษา และขาดทักษะที่จำเป็นในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำมาสู่ผลกระทบตามมา เช่น อาชีพก่อนตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษาในระบบโรงเรียน วัยรุ่นที่กำลังเรียนอยู่ตั้งครรภ์ทำให้ต้องหยุดเรียน/ลาออก มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่ยังได้เรียนในสถานศึกษาเดิม แต่ร้อยละ 50.1 ต้องออกจากระบบการศึกษามาอยู่บ้านเลี้ยงลูก จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินมาตรการต่าง ๆ ทั้งการจัดหลักสูตรเพศศึกษาให้แก่วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมที่เหมาะสม การได้รับเพศศึกษารอบด้านช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ลดความรุนแรงทางเพศ เพิ่มความเท่าเทียมกันของเพศสภาพ ส่งผลให้วัยรุ่นมีการเติบโตอย่างปลอดภัยสู่ผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพสำเร็จการศึกษา ประกอบอาชีพสร้างรายได้ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม (Pensiriripa, 2021)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทำให้มีการสื่อสารที่ก้าวไกลทำให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไปพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลง ต่ำสุดที่อายุ 10 ปี โดยจะเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อน ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเพื่อนเป็นแบบอย่างโดยตรง กลัวถูกการปฏิเสธ และจะพูดคุยกับเพื่อนเกี่ยวกับเรื่องเพศ โดยเฉพาะเรื่องการร่วมเพศ เนื่องจากการเข้าสู่วัยรุ่นหนุ่มสาวเร็วจะสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย และคำนึงทางด้านพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเอง (Phongpoomma, 2017) วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศ คือรับรู้ว่าจะไม่สมควรท้องอายที่จะพูดกับครอบครัวเรื่องพฤติกรรมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ยาคุมกำเนิด ไม่ทราบถึงอันตรายเกี่ยวกับโรคทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น ส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สังคม รวมถึงประเทศชาติที่ต้องการดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ซึ่งพบว่าสถานการณ์ทางเพศของวัยรุ่นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ คือการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้ง ผลกระทบที่เกิดจากวัยรุ่นไปทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นเกิดขึ้นจากปัจจัย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ธรรมชาติวัยที่มีการพัฒนาของร่างกายอย่างต่อเนื่องระดับการคิดวิเคราะห์และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงสื่อ เทคโนโลยี ลักษณะการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว รวมถึงการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครองและอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนต้นอาจจะขาดทักษะชีวิตเหมาะสมกับวัย เช่น การคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง หรือขาดทักษะการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเนื่องด้วยยังขาดวุฒิภาวะและอาจจะขาดทักษะในการสื่อสารกับเพื่อน เนื่องจากในกลุ่มวัยรุ่นยังยึดกลุ่มเพื่อนเป็นสำคัญทำให้ถูกชักจูงไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ (Sirithet, 2019)

กิจกรรมทางเพศของวัยรุ่น วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการรับความเสี่ยง วัยรุ่นส่วนมากเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์และไม่ป้องกัน กิจกรรมทางเพศในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ โดยเฉพาะแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และที่สำคัญเราไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า Sex คือแรงขับพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ เมื่อมีความใคร่ ความหลงใหลพัฒนาไปสู่การ Make Love แต่บางครั้ง Sex อาจไม่จำเป็นต้องมาพร้อมกับความรักเสมอไป ดังนั้นจึงเกิดความสัมพันธ์รูปแบบอื่นขึ้นมาที่นอกเหนือจากคนรัก เช่น One Night Stand หรือ Friend with Benefits ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่ได้ต้องการความรัก เพียงแค่เติมเต็มในส่วนที่ต้องการเพียงเท่านั้น ในขณะที่ผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย สมองจะหลังสารหนึ่งที่มีชื่อว่า ออกซิโตซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความผูกพัน แต่ผู้ชายจะมีฮอร์โมนชนิดนี้น้อยกว่าจึงอาจรู้สึกไม่ค่อยผูกพันเท่ากับผู้หญิง ผู้ชายจะรู้สึกรักเมื่อรู้สึกจริงจังกับผู้หญิงมาก ๆ เท่านั้น (Phetchavej Hospital, 2021) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ผู้ปกครองจะต้องดูแล การใช้สื่อต่าง ๆ ของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี ได้แก่ การดูโทรทัศน์ การใช้เว็บไซต์โซเชียลมีเดีย

ทำให้เกิดการคุมกำเนิด และการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การที่ใช้สื่อให้เป็นสื่อเชิงบวกเกี่ยวกับเรื่องเพศทำให้สามารถควบคุมปัญหาได้ เนื่องจากวัยรุ่นเปิดรับสื่อเรื่องเพศทำให้มีแนวโน้มที่จะชะลอการมีเพศสัมพันธ์

การแนะนำวัยรุ่นผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเรื่องเพศ มักจะถูกมองข้ามทำให้มีแนวโน้มที่เป็นปัญหา ทำให้วัยรุ่นมองข้ามข้อมูลเกี่ยวกับเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้วัยรุ่นอาจได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องซึ่งพวกเขาใช้การตัดสินใจว่าจะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมทางเพศหรือไม่ สื่อสังคมออนไลน์เป็นส่วนหนึ่งในการอำนวยความสะดวกในการแบ่งปันของวัยรุ่น อาจมีรูปถ่ายที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีความเสี่ยงในการตกเป็นเหยื่อทางเพศ และความสามารถทางปัญญาของวัยรุ่นที่ไม่เพียงพอในความคิดเชิงนามธรรมต่อการคุมกำเนิด การขาดความภาคภูมิใจในตนเองและความกดดันจากคนรอบข้างก็มีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นเช่นกัน วัยรุ่นอาจใช้เช็ทส์เพื่อรักหรือปรารถนา และพวกเขาอาจกลัวการถูกทอดทิ้งจากคู่ครอง หากปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นบางคนขาดข้อมูลการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและไม่วางแผนล่วงหน้าสำหรับการเผชิญหน้าทางเพศ กิจกรรมทางเพศมักจะสนุกสนานเพลิดเพลิน เอาแน่เอานอนไม่ได้ และไม่ได้วางแผนไว้เพราะความสัมพันธ์ค่อนข้างสั้น

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ในปี 2563 มีรายงานสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโรคโควิด-19 64,676 คนจากทั่วโลก จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 73 เป็นการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ ร้อยละ 28 ในคนที่มีอาการ พบว่า มีอาการไข้ ร้อยละ 40 ไอ ร้อยละ 41 และอาการรุนแรง ร้อยละ 10 (Chen, Zhou, Dong, Qu, Gong, Han, et al., 2020) กล่าวคือจะมีอาการไม่มากนัก เช่น ไข้ หายใจลำบาก และปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น และยังมีความเสี่ยงโดยรวมของการเจ็บป่วยรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ แต่มีรายงานว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรุนแรงของโรคสูงกว่าหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวหรือมีปัจจัยเสี่ยง มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และอาจเจ็บป่วยรุนแรง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลในภาวะวิกฤต การใช้เครื่องช่วยหายใจหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการหายใจ และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ รวมถึงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดังต่อไปนี้

1. ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induced Hypertension) จากการศึกษาพบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษหรือภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ขึ้นได้ถึงร้อยละ 6.7 ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับเศรษฐกิจที่ไม่ดี และมีงานวิจัยที่กล่าวถึงโอกาสการเกิดความดันโลหิตสูง ที่เพิ่มขึ้นในวัยรุ่นเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า โดยมีการพูดถึงสาเหตุที่เกิดจากการเจริญของมดลูกไม่เต็มที่ การเจริญของเส้นเลือดและรกที่ไม่ดี ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นขึ้น 2.29 เท่า (Brosens, Muter, Ewington, Puttermans, Petraglia, Brosens, et al., 2019) เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นติดเชื้อโควิด-19 หากมีอาการไข้สูง ไอที่รุนแรง จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูง กล่าวคือจะมีปวดศีรษะแบบรุนแรง อาเจียนจะพุ่งออกมาอย่างแรง มักไม่ค่อยมีอาการคลื่นไส้ก่อน ตาพร่ามัวมองเห็นไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน ถ้าเป็นรุนแรงอาจชัก ชีพจรผิดปกติ และเสียชีวิตได้ (Thiamkao, 2022)

2. ภาวะโลหิตจาง เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้อย่างกว้างขวางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อภีมาเปรียบเทียบกับสตรีที่อายุมากกว่า 20 ปี พบว่า Relative Risk เป็น 2.57 (Scholl, Hediger, & Belsky, 1994) โดยส่วนใหญ่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะขาดธาตุเหล็ก ภาวะโรคเลือดจางธาลัสซีเมีย การติดเชื้อโควิด-19 มีผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รุนแรงมากยิ่งขึ้นจากการติดเชื้อ ภาวะไข้สูงซึ่งจะทำให้เม็ดเลือดแดงแตกง่ายกว่าปกติ ดังนั้นหาก หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะเลือดจางไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที อาจจะมีอาการเหนื่อยง่าย ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง หรือออกกำลังกายได้น้อยลง มีปัญหาต่อการทำงานของหัวใจ หัวใจต้องออกแรงสูบฉีดมากขึ้น นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด

3. การเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตของมารดา (Morbidity and Mortality) พบภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาได้สูงกว่าในประเทศพัฒนาแล้ว ซึ่งพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากกว่า (Conde-Agudelo, Belizán, & Lammers, 2005) การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ ความพร้อมในการรับบริการสุขภาพ หากไม่ได้รับการบริการฝากครรภ์เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในมดลูก และเสียชีวิตของมารดาได้สูงขึ้น

4. การคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังทำให้เกิดการคลอดกำหนดได้สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ 20 - 30 ปี จากการศึกษางานวิจัยในสหรัฐอเมริกา เชื่อว่าเป็นการคลอดก่อนกำหนดที่เกิดจากเหตุผลทางการแพทย์ ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการติดเชื้อโรคโควิด-19 รุนแรง แพทย์มักจะให้คลอด 32 - 35 สัปดาห์ จึงเพิ่มอัตราคลอดก่อนกำหนด อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 95 ของทารกที่คลอดจากหญิงติดเชื้อโรคโควิด-19 แข็งแรงปลอดภัย พบอัตราติดเชื้อโรคโควิด-19 ในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 2 - 5 เท่านั้น ทารกมีโอกาสทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 1.51 (Sikarin Hospital, 2023) และทำให้ทารกน้ำหนักตัวน้อย เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดทารกกลุ่ม Extremely Low Birth Weight (น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,000 กรัม) มากขึ้น (Marvin-Dowle, Kilner, Burley, Soltani, 2018) มีรายงานพบว่าอัตราการเกิดการตายปริกำเนิด เพิ่มขึ้น 4 เท่า ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 10 - 14 ปี และอัตราการเกิดการตายปริกำเนิด เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี (Conde-Agudelo, Belizán, & Lammers, 2005) ซึ่งเป็นผลจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย การทำความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ สามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ระวังในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรง (Katanyutanon, 2021) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อสตรีตั้งครรภ์ในขณะนี้ยังมีข้อจำกัดและยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด-19 หญิงตั้งครรภ์ควรดูแลป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด เพราะหากติดเชื้อโรคโควิด-19 จะมีอันตรายและส่งผลให้มีอาการรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในไตรมาสที่ 3 ถือเป็นระยะอันตรายที่ต้องระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากขนาดของมดลูกจะค่อนข้างโต ทำให้ปวดขยายตัวได้ไม่ดี หากได้รับเชื้อจึงมักพบอาการที่รุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบสูง หากพบว่ามีอาการตั้งครรภ์ แนะนำให้ฝากครรภ์ตามปกติ สวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน หมั่นล้างมือบ่อย ๆ พกแอลกอฮอล์เจล หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ติดตัว เพื่อทำความสะอาดมือตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการสัมผัสผิวดวงตา ปาก และจมูก ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไอหรือจาม หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนหรือที่แออัด เพื่อลดความเสี่ยงในการรับเชื้อ เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1.5 เมตร ไม่ใช้สิ่งของร่วมกันกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ ช้อนส้อม รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารสุก สะอาด พักผ่อนนอนหลับให้ครบ 8 - 10 ชั่วโมง/วัน ไม่เครียด หรือวิตกกังวลมากเกินไป ทำกิจกรรมช่วยให้ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูหนัง รักษาสุขภาพอย่างระมัดระวัง มากกว่าการตั้งครรภ์ในสถานการณ์ปกติ หมั่นสังเกตอาการของตนเอง เช่น อาการบวม ทารกดิ้นน้อยลง เจ็บครรภ์ เลือดออกทางช่องคลอด เป็นต้น หากพบว่ามีอาการผิดปกติดังกล่าว ให้รีบมาพบแพทย์โดยทันที (Department of Health Ministry of Public Health, 2021)

สรุปได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่ส่งผลในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษาต่ำ ความพร้อมในการรับบริการ เป็นสาเหตุให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในมดลูก การคลอดก่อนกำหนด มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบ และเสียชีวิตของมารดาได้สูงขึ้น

แนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น

จากการศึกษาทฤษฎีทางสังคมวิทยาของ Auguste Comte (1798 - 1875) พบว่า การที่จะแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในสังคมต้องมองกลับไปยังหน่วยสังคมหน่วยที่เล็กที่สุดนั่น ก็คือ ครอบครัว เพราะครอบครัว

เป็นต้นแบบของสังคม เมื่อครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ บทบาทของตนเองได้ดีแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อสถาบันทางสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดการเสียสมดุลในสังคมขึ้นมาเกิดผลกระทบอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นการจะทำให้สังคมเกิดดุลยภาพในกรณีของการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคงต้องเน้นให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรก (Laem Lak, Khammarat, Sao Hin, Sombatpan, Thitimoon, & Chandratara, 2014)

เมื่อครอบครัวให้การสนับสนุนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จึงทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ไปด้วย อีกทั้งวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาส่วนใหญ่มีสมาร์ตโฟน แท็บเล็ต หรือคอมพิวเตอร์พกพา จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ง่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันกับวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 (Katanyutanon, 2021)

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัยรุ่นจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนเชิงสังคมอย่างต่อเนื่อง อาศัยครอบครัวเป็นฐานภายใต้การสนับสนุนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ 5 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงานและกระทรวงมหาดไทย มีบทบาทในการดูแลป้องกันแก้ไขปัญหาและส่งเสริมสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นในพื้นที่ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่พร้อมให้บริการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นและครอบครัว รวมทั้งส่งต่อให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยกลไกสำคัญที่ส่งผลให้การดำเนินงานลดปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 7 จากการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด มีการวางแผนงานตามยุทธศาสตร์และบูรณาการแผนงานโครงการของทุกภาคส่วนลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การขับเคลื่อนงานผ่านระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ในทุกพื้นที่ภายใต้อำเภอนาหมัยการเจริญพันธุ์ ร่วมมือกันทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 77 อำเภอ โดยมีการติดตามการดำเนินงานผ่านคณะอนุกรรมการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15 - 21 ปี) เขตสุขภาพที่ 7 และในปี พ.ศ. 2556 - 2560 การดำเนินงานอำเภอนาหมัยการเจริญพันธุ์ (RHD) และสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ซึ่งการประเมินมาตรฐานควรประเมินซ้ำ (Re-accreditation เพื่อรับรองคุณภาพซ้ำ) ทุก 3 ปี เพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องได้มาตรฐาน (Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health, 2017)

การปรับปรุงแบบการดำเนินงาน/กิจกรรมในโครงการพัฒนาพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและอนามัยเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ RHD และ YFHS ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด -19 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ของวัยรุ่น และสอดคล้องกับสถานการณ์ ตลอดจนมาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาล ให้เด็กวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้ เข้าใจสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ตลอดจนขับเคลื่อนการดำเนินงานพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และพัฒนาศักยภาพอนามัยเจริญพันธุ์และสถานบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตลอดจนส่งเสริมให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิต และพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม รวมทั้งการสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักและกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารเพื่อสร้างกระแสการเรียนรู้จนเข้าใจสามารถนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราการคลอดและการตั้งครรภ์ลดลง การดูแลเพื่อลดพฤติกรรมทางเพศ ใช้การพูดคุยสนทนาเพื่อหาทางออกของปัญหา ควรเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ให้แรงเสริมและลดแรงผลักดันที่ขัดแย้งกับวัยรุ่น คัดกรองสื่อที่วัยรุ่นบริโภค เสริมสร้างทักษะชีวิต ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศแก่วัยรุ่น การคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายที่สุด การคุมกำเนิดอย่างถูกต้องเป็นวิธีที่ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ปัจจุบันมีวิธีการคุมกำเนิดให้เลือกใช้หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาคุมกำเนิด หรือยาคุมฉุกเฉิน การฉีดยาคุม การฝังยาคุม การใช้แผ่นแปะคุมกำเนิด หรือการใช้ห่วงอนามัย เรื่องเพศเป็นเรื่องสำคัญของวัยรุ่นที่จำเป็นจะต้องมีการพูดคุย สนทนาให้ความรู้ ในขณะเดียวกัน

ต้องเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แสดงออกความคิดเห็น วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียโดยที่ผู้ใหญ่ควรรับฟังอย่างเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจอย่างจริงใจ และให้ทางเลือกเสมอ (Public Relations Department, 2020) พยาบาลในโรงเรียนและในชุมชนต้องตระหนักถึงวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และให้คำแนะนำด้วยข้อมูลที่เหมาะสม มีการส่งต่อในบรรยากาศที่เป็นความลับ พยาบาลควรส่งเสริมให้วัยรุ่นสนทนาเรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศ และการคุมกำเนิดกับผู้ปกครอง แต่ต้องรักษาความลับของการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ ทักษะ และสามารถทำให้เขาตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีความรับผิดชอบ

จากการทบทวนวรรณกรรมการป้องกันในวัยรุ่นที่ผ่านมา พบว่า สาเหตุหลักของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เกิดจากปัญหาการคุมกำเนิดที่ผิดพลาด ความไม่รู้ ไม่กล้าปรึกษาพ่อแม่ผู้ปกครอง และข้อมูลจากยูนิเซฟไทยแลนด์ พบว่า เด็กไทยราว 400,000 คน ตกเป็นเหยื่อการแสวงหาผลประโยชน์และล่วงละเมิดทางเพศออนไลน์ (UNICEF Thailand, 2022) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน วัยรุ่นต้องการให้โรงเรียนสอนเนื้อหาเพิ่มขึ้น ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด ทักษะในการตัดสินใจและการปฏิเสธ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครูและผู้บริหารโรงเรียนมีความเห็นว่า การสอนเพศศึกษาเป็นการป้องกันความเสี่ยงทางเพศที่ดี แก่วัยรุ่น แม้ว่าในปัจจุบันจะมีข้อจำกัดหลายประการทั้งด้านความรู้และทักษะของครูผู้สอน เวลาสอนไม่เพียงพอ และขาดสื่อการสอน การสอนเพศศึกษาในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ปรับเนื้อหาให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และพัฒนาครูให้มีความรู้ในการสอนเพศศึกษา บิดามารดาหรือผู้ปกครองส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกต่อการสอนเพศศึกษา และเห็นด้วยว่าตนควรมีบทบาทในการสอนเพศศึกษาแก่บุตรวัยรุ่น (Thampanitchawatan & Olanratanamon, 2018) การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา พบว่าการสอนเพียงอย่างเดียว ยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่ารูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะ (Information Motivation Behavioral Skill : IMB Model) สามารถทำให้บุคคลเกิดความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพได้ (Xavier, Brown, Benoit, 2018) ทั้งนี้วัยรุ่นมีความรู้ เจตคติ และการสอนเพศศึกษาและทักษะชีวิต เพิ่มมากขึ้นภายหลังได้รับการให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับเรื่องเพศ (Sirithet, 2018) การให้โปรแกรม การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารสามารถช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นหญิงได้อย่างเหมาะสม (Xavier, Brown, & Benoit, 2018) รูปแบบที่สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ ข้อมูลข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแกนนำหลัก (Srimekharat, 2020)

อย่างไรก็ตาม การสื่อสารในครอบครัวของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันไป ตามปัจจัยของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ลูกหลานมีโอกาสดูเรียนรู้อาษา วิธีการสื่อสาร การพูด การแสดงกิริยามารยาทต่าง ๆ จากการมีต้นแบบจากคนในครอบครัว ดังนั้น วัยรุ่นควรได้รับความรู้และมีการส่งเสริมค่านิยมที่เหมาะสม การเรียนรู้วัฒนธรรม ครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมท้องถิ่นของสมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีโอกาที่จะแสดงออก ถึงความต้องการ แสดงความเห็น ความรู้สึกนึกคิดได้อย่างอิสระ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวด้วย ครอบครัวที่มีทักษะการใช้ภาษาที่ดีจะสามารถให้การอบรมเลี้ยงดู และเป็นแบบอย่างที่ดี ในการสื่อสารกับลูกหลาน บิดามารดาควรเริ่มพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรตั้งแต่อายุยังน้อยจะทำให้ง่ายต่อการสื่อสาร เช่น เริ่มเมื่อก่อนที่บุตรจะเริ่มมีกิจกรรมทางเพศ หรือเริ่มเมื่อบุตรเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งอายุเฉลี่ย ประมาณ 10 - 12 ปี หัวข้อของการพูดคุย เช่น การคบเพื่อนต่างเพศ การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเริ่มต้นพูดคุยเรื่องเพศเร็วจะช่วยให้บิดามารดามีโอกาสต่าง ๆ ที่จะอธิบายข้อมูลเรื่องเพศให้บุตรเข้าใจ นอกจากนี้ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าหากจะป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้เท่าทันกับวิถีชีวิตยุคใหม่ วัยรุ่นต้องมีทักษะทางดิจิทัล สามารถใช้งานอย่างรู้เท่าทันและปลอดภัย รวมทั้งรู้สึกไวใจที่จะขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง รวมถึงครูในโรงเรียน

ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆ ในไทยมีความพยายามที่จะผลักดันนโยบายเพื่อลดจำนวนการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น โดยก่อร่างเป็นแผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ซึ่งทำงานภายใต้การนำของพ.ร.บ.การป้องกัน และแก้ไข้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่เสมือนว่าเรายังแก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุด เนื่องจากสาเหตุหลักเกิดจากปัญหาการคุมกำเนิดที่ผิดพลาด ไม่มีความรู้ ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญให้เกิดการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง และมีคุณภาพ สถานการณ์การตั้งครุภัณฑ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือท้องไม่พร้อม ในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นจำเป็นต้องมีการรณรงค์ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการวางแผนครอบครัวอย่างยั่งยืนในสังคมไทย การศึกษาพบว่าบิดามารดา ยังสอนเรื่องเพศให้บุตรได้น้อยกว่าความต้องการเรียนรู้ เรื่องเพศของบุตร เกิดจากบิดามารดาส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าความรู้เรื่องเพศที่มีอยู่ ที่จะนำไปพูดคุยกับบุตรเป็นเรื่อง ที่ถูกต้องหรือไม่ และมีบิดามารดาที่ยังมีความลำบากใจที่จะคุยเรื่องเพศ เพราะสังคมมีแนวความคิดความเชื่อที่ว่าเรื่องเพศ เป็นเรื่องที่ไม่สมควรเปิดเผย จึงทำให้มีบิดามารดาจำนวน ไม่น้อยที่มีความรู้สึกลำบากใจที่จะพูดคุยเรื่องเพศกับบุตร

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่มีการขับเคลื่อน อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ 2 กลไกสำคัญคือ กลไกคณะกรรมการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และกลไกการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอโดยมีกิจกรรมที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น ซึ่งหน่วยงานหลัก ในการดำเนินงาน คือ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่การทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล บริการเชิงรุก และมีหน่วยงานฝ่ายปกครอง/อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุน

สรุป

การนำเสนอสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น เป็นการสะท้อนให้เห็นถึง กลุ่มวัยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่าย เนื่องจากมีความอิสระในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อยู่เสมอ ที่สำคัญกลุ่มวัยรุ่นเป็นวัยเรียนที่ส่วนใหญ่อยู่ในระบบสถานศึกษา มีการรวมตัวกันจำนวนมาก เมื่อมีการระบาดของ โรคโควิด-19 ยิ่งเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อ สถานศึกษาหลายแห่งต้องปิด และมีการจัดการเรียนการสอน แบบออนไลน์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้วัยรุ่นบางกลุ่มมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรม ทางเพศที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การตั้งครุภัณฑ์ที่ไม่พึงประสงค์ และเกิดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควรนั้น ไม่ว่าจะในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หรือไม่ ก็ยังคงเป็นปัญหาที่สังคมไทย กำลังเผชิญ และต้องรับมือกับผลกระทบมากมาย เป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แนวทางการแก้ปัญหาต้อง เน้นให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรก สำคัญมากที่สุดคือ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ไม่ควรปล่อยปละละเลย หรือให้อิสระแก่วัยรุ่นมากเกินไป เกินความเหมาะสม ควรเริ่มตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา ปรับเนื้อหา ให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และพัฒนาครูให้มีทักษะในการสอนเพศศึกษา รวมถึงปรับปรุงแบบการดำเนินงาน หรือกิจกรรมในโครงการพัฒนาพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและอนามัยเจริญพันธุ์แบบบูรณาการ ภายใต้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 เพื่อเพิ่มการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) ของวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่น ไม่ว่าจะมีการระบาดของโรคโควิด-19 หรือไม่ก็ตาม ก็ยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ ที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาอย่างเร่งด่วน สำคัญที่สุดคือการให้คำปรึกษา และการจัดการบริการสุขภาพที่เป็นมิตร การระดมความคิดเห็น และมุมมองต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลจากผู้ปกครอง ครู และนักเรียน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ที่ต้องตระหนักถึงสถานการณ์ของการตั้งครุภัณฑ์ของวัยรุ่น ปัญหา อุปสรรค และรวมถึงคิดพัฒนารูปแบบการป้องกัน การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นที่เท่าทันกับวิถีชีวิตยุคใหม่ ทันต่อยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นโลกของยุคโลกาภิวัตน์ ยุคที่มี เทคโนโลยีที่ก้าวไกล มีการเปลี่ยนแปลงของกระแสสังคมโลกที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารแบบไร้ขีดจำกัด และช่องทาง

โซเชียลเน็ตเวิร์กที่ทำให้คนเข้าถึงข้อมูลได้ทุกที่ทุกเวลา ควรมีโปรแกรมการเตรียมความพร้อมให้วัยรุ่นมีทักษะที่จำเป็นเพื่อนำไปใช้ดำรงชีวิตในโลกศตวรรษที่ 21 เพื่อยกระดับความสามารถในการป้องกัน และแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติต่อไป

References

- Brosens, I., Muter, J., Ewington, L., Puttermans, P., Petraglia, F., Brosens, J. J., et al. (2019). Adolescent preeclampsia: pathological drivers and clinical prevention. *Reproductive sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, 26(2), 159–171. doi.org/10.1177/1933719118804412
- Bureau of Epidemiology Department of Disease Control. (2018). *Epidemiology Reporting System and Database*. Retrieved February 18, 2023 from <https://ddc.moph.go.th/doe/> (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health. (2017). *Strategy for Prevention and Problem Solving National Teenage Pregnancy 2017-2026 According to the Act on Prevention and Solution of Adolescent Pregnancy Problems, B.E. 2016*. Retrieved January 12, 2023 from <http://www.oic.go.th>. (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health (2019). *Report on Surveillance of Mother's Pregnancy. Adolescents in 2018*. Retrieved February 18, 2023 from <https://rsathai.org>. (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health Ministry of Public Health (2021). *Reproductive Health Situation in Teenagers and Youth in 2021*. Retrieved February 18, 2023 from <https://rh.anamai.moph.go.th> (in Thai)
- Chantanakul, P. (2021). Factors related to unwanted pregnancy among teenage women who Pregnancy in Krathum Baen Hospital Samut Sakhon Province. *Nursing Journal Siam University*, 22(43), 62-76. (in Thai)
- Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., et al. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A Descriptive Study, 395(10223), 507-513.
- Choonnak, U. & Piyamongkol, W. (2022). Teenage Pregnancy. Retrieved March 10, 2023 from <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn> (in Thai)
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(1), 342-349. doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.593
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). *Mental Health Survey Results. Studying Online Causes Children to Burn Out*. Retrieved April 2, 2023 from <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31151> (in Thai)
- Katanyutanon, T. (2021). Factors related to COVID-19 disease prevention behavior of health science student Huachiew Chalermprakiet university. *Huachiew Chalermprakiet Science Technology Journal*, 7(1), 7-20. (in Thai)

- Laem Lak, P., Khammarat, W., Sao Hin, T., Sombatpan, T., Thitimoon, S. & Chandratara, S. (2014). Teenage Pregnancy: Problems and Solutions in Sociology. *Journal Nursing, Public Health and Education*, 3-8. Retrieved February 19, 2024 from <http://web.bcnpy.ac.th/journal/images/file/pdf/year14no3/1.pdf> (in Thai)
- Marvin-Dowle, K., Kilner, K., Burley, V. J, Soltani, H. (2018). Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the Born in Bradford cohort. *British Medical Journal*, 8, e016258.
- Pensirinpa, N. (2021). Problems of teenage pregnancy with a comprehensive sex education curriculum. *Academic Journal Community Public Health*, 7(3), 1-16. (in Thai)
- Phetchavej Hospital. (2021). When the Brain is Involved in Love Retrieved April 2, 2023 from https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Oxytocin (in Thai)
- Phongpoomma, L. (2017). *Problems of Teenagers in Thai Society*. Retrieved April 2, 2023 from <http://164.115.41.60/knowledge/?p=436>. (in Thai)
- Public Relations Department. (2020). *Advising Teenagers to Learn and Understand Sex and Reduce the Problem of Premature Pregnancy*. Retrieved February 19, 2023 from <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/39/iid/6297> (in Thai)
- Scholl, T. O., Hediger, M. L., & Belsky, D. H. (1994). Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 15(6), 444-456. [https://doi.org/10.1016/1054-139x\(94\)90491-k](https://doi.org/10.1016/1054-139x(94)90491-k)
- Sikarin Hospital. (2023). *Things to Know! for Pregnant Mothers During the COVID-19 Situation, Care Should be Taken How do you Yourself?* Retrieved January 12, 2023 from <https://www.sikarin.com/health> (in Thai)
- Sirithet, P. (2019). Results of the Chaweethi skill development program in preventing sexual risk behavior among early adolescents. *Journal of Public Health Research Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 8(2), 123-132. (in Thai)
- Strimekharat, N. (2020). Patterns for preventing teenage pregnancy. *Journal of health and Environmental Studies*, 5(3), 96-104. (in Thai)
- Suwanwanich, M. (2016). Adolescent pregnancy and birth complications in Ratchaburi hospital. *Regional Medical Journal* 4-5, 3(53), 150-162. (in Thai)
- Techa-in, M. & Siri wattanapa, P. (2012). Adolescent Pregnancy. Retrieved June 11, 2024 from <https://w1.med.cmu.ac.th/>
- Thampanitchawatan, W. & Olanratanamon, B. (2018). Sex education for teenagers in schools: Case study in Bangkok. *Nursing and Midwifery Council Journal*, 33(3), 82-98. (in Thai)
- Thiamkao, S. (2022). *Increased Intracranial Pressure*. Retrieved October 19, 2023 from <https://srinagarind.md.kku.ac.th/post/49> (in Thai)
- UNICEF Thailand. (2022). UNICEF Thailand Country Programme. Retrieved January 12, 2023 from <https://www.unicef.org/thailand/media>
- Xavier, C., Brown, H. & Benoit, A. (2018). Teenage pregnancy and long-term mental health outcomes among Indigenous women in Canada. *Arch Women's Ment Health*, 21(3), 333-340. doi. 10.1007/s00737-017-0799-5

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

Development of a Health Promotion Model to Prevent Cardiovascular Diseases for Provincial Police Officers Working in a Province, Southern Thailand

มาลี คำคง¹, ปุณณพัฒน์ ชำนาญเพาะ^{1*}, จิตตินันท์ พงสุวรรณ²

Malee Kumkong¹, Punnaphat Chramnanpho^{1*}, Chittinan Pongsuwan²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Faculty of Nursing Thaksin University,

²Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

(Received: November 13, 2023; Revised: May 7, 2024; Accepted: May 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ตำรวจภูธร 91 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และโปรแกรมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย หลังจากนั้นเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 27 คน รวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ผู้มีส่วนร่วมเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่าง 51 คน ผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนร่วมดำเนินการ 28 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ตำรวจภูธรส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจหลายปัจจัย แต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ในระดับต่ำ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และระดับไม่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ และข้อมูลเชิงคุณภาพบ่งชี้ว่าบางรายมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดี ขณะที่บางรายไม่ได้ดูแลตัวเอง

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) สร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพสู่การเปลี่ยนแปลง 2) ใส่ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง และ 3) จัดการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนโดยองค์กรและครอบครัว ระหว่างเข้าร่วมโครงการเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ตำรวจภูธรจำนวนมากกว่าเดิม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก ทุกฝ่ายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงต่อการโรคได้ ร้อยละ 47.06 คะแนนความเสี่ยงลดลงและร้อยละ 31.37 ระดับความเสี่ยงลดลง

การสร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยครอบครัว และองค์กรเป็นแรงผลักดันให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สร้างเสริมสุขภาพ โรคหลอดเลือดหัวใจ ตำรวจภูธร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Punnaphat.c@tsu.ac.th)

Abstract

This participatory action research (PAR) study explored the health situations and behaviors of provincial police officers in southern Thailand to develop a health promotion model for cardiovascular disease (CVD) prevention. The study was conducted in two phases. In phase I, quantitative data were collected from 91 officers using surveys to assess their health literacy, CVD prevention behaviors, and CVD risk levels. Qualitative data were collected from 27 officers through focus group discussions and in-depth interviews. Phase II involved 51 officers and 28 stakeholders who participated in focus groups and interviews to refine the health promotion model. Content analysis was used to analyze both quantitative and qualitative data. The results showed that:

1. while most officers had multiple CVD risk factors, their short-term (10-year) risk of CVD death or illness was low. Self-reported health literacy was fair to poor, and overall health behaviors were fair. Qualitative data confirmed a mix of healthy and unhealthy habits.

2. The three-stage health promotion model developed through this PAR process addresses: 1) raising awareness about the need for change, 2) setting goals for modifying health behaviors, and 3) promoting self-care sustainability through organizational and family support. After six months of participation, over half of the officers reported improved health literacy (good to very good), and all participants demonstrated positive behavior changes to reduce CVD risk factors. Additionally, 47.06% and 31.37% of officers showed reductions in CVD risk scores and risk levels, respectively.

This study highlights the importance of awareness as a starting point for behavior change to reduce CVD risk factors among police officers. Furthermore, the model emphasizes the crucial role of family and organizational support in sustaining healthy behaviors.

Keywords: Participatory Action Research, Health Promotion, Cardiovascular Disease, Police Officers

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 16 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของโลก โดยตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมาเพิ่มขึ้นมากที่สุดจากมากกว่า 2 ล้านคนเป็น 8.9 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 (World Health Organization, 2020) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากมะเร็งและอุบัติเหตุ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) เป็นโรคที่มีปัจจัยเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อที่อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (National Reform Committee on Public Health, 2021) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง ที่แม้จะได้รับการลดไขมัน ก็ยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอายุที่มากขึ้นเป็นโรคความดันโลหิตสูง และสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นกัน (Kexin, Yaodong, Rui, Jiaxin, Xiaoli, Hongya, et al., 2023) ผู้ที่เส้นรอบคอมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Karnchanakomate, Chuayyok, Chaipet, & Nakpet, 2022) อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดหัวใจสามารถป้องกันโดยการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งบุคคลมีสุขภาพดีจนถึงบุคคลที่เจ็บป่วย มุ่งหวังสร้างและรักษาสภาวะเพื่อลดอันตรายต่อสุขภาพโดยยับยั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม และวัฒนธรรมการดำรงชีวิตที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Kumar & Preetha, 2012) การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ การพัฒนาสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ และขั้นตอน

การบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และป้องกันโรคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ากับระบบบริการการแพทย์ (National Reform Committee on Public Health, 2021)

การป้องกันระดับปฐมภูมิ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม. ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายทุกวัน รักษาระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารน้อยกว่า 100 มก./ดล. การป้องกันระดับปฐมภูมิจึงมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว และการป้องกันระดับทุติยภูมิมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Turco, Inal-Veith, & Fuster, 2018) ด้วยกระบวนการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคล จัดการสิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (Liangruenrom, 2022) ที่สำคัญคือ ยกระดับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นรากฐานให้ประชาชนมีบทบาทอย่างเข้มแข็งในการปรับปรุงสุขภาพตนเอง ร่วมกับการรวมพลังสังคมและบุคคลเข้าด้วยกันเพื่อสร้างความตระหนักรู้ ช่วยเหลือด้านทรัพยากรและบริการ ปลุกฝังการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชนอย่างยั่งยืนสู่เมืองสุขภาพดี (World Health Organization, 2016)

ข้าราชการตำรวจ เป็นวัยทำงานกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ เพราะลักษณะการปฏิบัติงานมีความกดดันจากภาระงานที่ยากและมีความเสี่ยงต้องเข้าระงับเหตุหรือป้องกันภัยจากอาชญากรรมที่เกิดขึ้น เช่น ฆาตกรรม ยาเสพติด โจรกรรมทรัพย์สิน ความขัดแย้ง (Moree & Muang Khon Kaen Police Station, 2022) ดังผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน พบว่าความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด (Phunpho, Chaimongkol, & Dallas, 2016) และจากการลงพื้นที่ศึกษาปัญหาสุขภาพของตำรวจภูธร โดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์ผู้บริหารและตำรวจผู้ปฏิบัติงานของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ พบว่าการจัดอัตรากำลังตำรวจรับผิดชอบงานเป็นเวรผลัด ลักษณะการทำงานหลากหลายและต้องใช้ชีวิตที่เร่งรีบ มีความกดดันจากสภาพการทำงานและการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ เวลาทำงานไม่แน่นอน ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอและไม่มีเวลาออกกำลังกาย หลังเลิกงานหรือว่างเว้นจากการปฏิบัติหน้าที่มีการสังสรรค์ด้วยการดื่มสุราควบคู่กับการสูบบุหรี่ เมื่ออายุมากขึ้นส่วนใหญ่จะอ้วนลงพุงและมีภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยดังกล่าวนี้ ส่งผลให้ตำรวจภูธรมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนงานวิจัยด้านสุขภาพของตำรวจที่ศึกษาช่วงปี พ.ศ. 2540 - 2561 พบว่ามีการศึกษามากมาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและศึกษาภาพรวมด้านสุขภาพ เช่น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเอง ความเครียด สุขสมรรถนะ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมสุขภาพด้านต่าง ๆ การรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก พบการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (Manor, Prateepko, & Lateh, 2018) และพบว่าเป็นการศึกษาในอดีตและศึกษาในภูมิภาคอื่นที่มีความแตกต่างกันด้านบริบทและสภาพแวดล้อมทางสังคมในโลกยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคใต้ตอนล่างที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อและการดำเนินชีวิต อีกทั้งพื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประชาชนมีวิถีชีวิตหลากหลายตามบริบทของพื้นที่ ลักษณะการประกอบอาชีพแตกต่างกัน อีกทั้งมีอาหารพื้นบ้านหรืออาหารท้องถิ่นที่มีรสชาติดีร่อย การปรุงอาหารมีการใช้น้ำกะทิเป็นส่วนประกอบทั้งอาหารคาว หวาน จึงส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่เหมาะสมกับการอ้างอิงนำไปใช้ และเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องใช้กระบวนการวิจัยที่มีการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยให้ผู้ถูกวิจัยเข้ามามีส่วนร่วม และเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่อาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จนได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ระดับ

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง มีความยั่งยืนขององค์กรในการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรและเป็นต้นแบบการมีสุขภาพดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์หลักการวิจัยตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Act) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนกลับ (Reflect) กำหนดวิธีการดำเนินการวิจัย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ และระยะที่ 2 การดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ขั้นตอน ได้แก่ P: Plan, A: Act, O: Observe, R: Reflect ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ตำรวจภูธรทุกคนที่สังกัดตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสุขภาพจึงศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มประชากรรวม 91 คน โดยความสนใจเข้าร่วมวิจัยและไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ในจำนวนนี้คัดเลือกเข้าศึกษาเชิงคุณภาพแบบเฉพาะเจาะจงด้านเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว และพฤติกรรมสุขภาพรวม 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 - 59 ปี ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือมาตรฐาน แต่เนื่องจากได้เพิ่มข้อคำถามข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงส่งตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทุกข้อเท่ากับ 1 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นกับตำรวจภูธรในจังหวัดใกล้เคียงจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช (Cronbach, 1951) เท่ากับ .83

2. โปรแกรมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV Risk Score) เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล แสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้าและเปรียบระดับความเสี่ยงสูงหรือต่ำกว่าในคนไทยเพศเดียวกัน อายุเท่ากันและปราศจากปัจจัยเสี่ยงค่าคะแนน 5 ระดับคือ ความเสี่ยงระดับต่ำหรือน้อย ระดับปานกลาง ระดับสูง ระดับสูงมาก และระดับอันตราย (Mahidol University, 2015)

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม และแนวคำถามกึ่งโครงสร้างการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 6 ข้อ เช่น ท่านปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างไรบ้าง และจะมีคำถามย่อยเพื่อเจาะลึกตามประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าในแต่ละข้อ นำแนวคำถามกึ่งโครงสร้างการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและทดลองใช้ศึกษานำร่อง 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในภาษาก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมพร้อมพิทักษ์สิทธิ เปิดโอกาสให้ซักถาม หลังเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ทันที ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งระยะที่ 1 และ 2 ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล 5 วิธี คือ 1) สนทนากลุ่ม 2) สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น 3) สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อใช้ในการตรวจสอบข้อมูล 4) จดบันทึกภาคสนามเพื่อบันทึกเหตุการณ์หรือช่วงเวลาในขณะสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์และสังเกต และ 5) บันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนานำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi, 1978 cited by Beck, 1994) โดยดึงข้อความหรือประโยคสำคัญนำมากำหนดความหมายในแต่ละประโยค อธิบายปรากฏการณ์อย่างครบถ้วน นำคำอธิบายไปรวมกันและสรุปเป็นโครงสร้างพื้นฐาน และตรวจสอบความตรงปรากฏการณ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยนำข้อสรุปเบื้องต้นกลับไปหากลุ่มตัวอย่างเพื่อทวนสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ โดยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) รวบรวมข้อมูลพื้นฐานและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการอบรม และการสร้างรูปแบบเพื่อฝึกอบรม ศึกษาบริบท สถานการณ์ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาและอุปสรรค และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรผู้มีส่วนร่วม คัดเลือกจากผู้เกี่ยวข้อง และมีบทบาทหรือแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งภาคใต้ ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล ฝ่ายสวัสดิการและครอบครัวรวม 28 คน และกลุ่มตัวอย่างของระยะที่ 1 ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 51 คน ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำข้อมูลระยะที่ 1 มาเข้าสู่กระบวนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Act) จัดทำแผนพัฒนารูปแบบและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรจากระยะที่ 1 เพื่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักต่อสถานการณ์สุขภาพ และจัดสนทนากลุ่มตำรวจ 5 กลุ่ม กลุ่มแม่บ้าน 5 กลุ่ม กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในองค์กร 1 กลุ่ม โดยกระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมคิดและสะท้อนปัญหาสุขภาพและร่วมกันกำหนดแนวทางแก้ปัญหาของตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ถกปัญหาทั้งระดับบุคคลและระดับกลุ่มบุคคล และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการป้องกัน แนะนำแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ติดตั้งแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score ในโทรศัพท์มือถือของตำรวจหรือของสมาชิกครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ประเมินปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการในการป้องกันโรค กระตุ้นให้ผู้มีส่วนร่วมค้นหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในองค์กร ให้การปรึกษารายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมสามารถตัดสินใจ ปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และปฏิบัติตามแผน แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและมอบหมายผู้มีส่วนร่วมแต่ละฝ่ายไปดำเนินการ ทีมวิจัยมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินการ พร้อมทั้งสังเกต สัมภาษณ์ และจดบันทึกทุกขั้นตอนการดำเนินการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ และตำรวจที่เข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตามแผน โดยจัดประชุมเพื่อติดตามประเมินผลระหว่างการทำงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น

การดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3 และ 4 ร่วมกันดำเนินการตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ติดตามประเมินผลระหว่างดำเนินการเพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคมาสะท้อนคิดจากวงจรรอบที่ 1 เข้าสู่รอบที่ 2 และ 3

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยขอการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ รหัส COA No.TSU 2021_171 REC No. 0312 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ ทำการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม พบว่า

1.1 ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่องร้อยละ 59.34 อาหารที่รับประทานประจำเป็นอาหารทอด สูงถึงร้อยละ 58.24 แยกกะทิร้อยละ 35.16 มีโรคประจำตัวมากกว่าโรคเดียวร้อยละ 56.04 จำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 72.55 และอ้วนลงพุงร้อยละ 47.25 มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 43.14 มีสภาพจิตใจเชิงลบร้อยละ 50.55 สูบบุหรี่ต่อเนื่องหรือสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันร้อยละ 16 บุคคลในครอบครัวสายตรงส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วนหรืออ้วนลงพุง หลอดเลือดสมองตีบหรือตัน และหลอดเลือดหัวใจตีบ

1.2 ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบหรือตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ด้วยโปรแกรม Thai CV Risk Score แบบไม่ใช้ผลเลือด พบว่า ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับต่ำหรือน้อยร้อยละ 57.14 รองลงมาคือ ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 34.07 มีความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 6.59 และความเสี่ยงระดับสูงมากร้อยละ 2.20 แต่ไม่พบความเสี่ยงระดับอันตราย แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความเสี่ยงกับคนไทยเพศเดียวกันอายุเท่ากันและปราศจากปัจจัยเสี่ยง (Mahidol University, 2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงกว่าคนทั่วไปร้อยละ 56.04

1.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 47.25 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 26.37 มีองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพียง 1 องค์ประกอบอยู่ในระดับดี คือการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. ขณะที่อยู่ในระดับพอใช้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อตาม 3อ.2ส. และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. ส่วนการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดีสำหรับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ด้านที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีคือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 40.66 รองลงมาในระดับพอใช้คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อยร้อยละ 27.47 ระดับดีมากคือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 10.99

ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าไม่ได้ดูแลตัวเองให้ดีเพราะมีข้อจำกัดจากภาระงานในความรับผิดชอบ ลักษณะงานที่ทำส่งผลให้มีความเครียดและกดดันเพราะต้องทำให้สำเร็จตามเวลาที่กำหนด มีเวลาในการพักผ่อนน้อย เวลาในการทำงานไม่แน่นอน จึงทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย มีชีวิตที่เร่งรีบ รับประทานอาหารจานด่วนและซื้ออาหารมารับประทานโดยไม่คำนึงถึงภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่จะค้นหาความรู้เฉพาะเกี่ยวข้องกับงานในความรับผิดชอบ และบางรายรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงจึงดูแลสุขภาพตามปกติ ขณะเดียวกันพบว่า มีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโดยพยายามดูแลตัวเองให้ดี ไม่ให้มีปัญหาสุขภาพ เช่น พยายามออกกำลังกายเมื่อมีเวลาว่างจากงาน ลดน้ำหนักโดยการลดอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการรับประทานผักให้มากขึ้น และรับประทานผลไม้ บางรายปลูกผักสวนครัวไว้หลังบ้านสำหรับใช้รับประทานในครัวเรือน รวมทั้งจัดสรรเวลาวันหยุดสำหรับการพักผ่อนกับครอบครัว นอกจากนี้ผู้บริหารรับรู้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงและเป็นโรคหรือเจ็บป่วย เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุราหลังเลิกงานเพื่อพูดคุยสังสรรค์ แม้ว่าหน่วยงานมีการตรวจสุขภาพและตรวจสมรรถภาพประจำปีของตำรวจในสังกัดแต่ยังไม่ได้นำข้อมูลมาจัดระบบการดูแลสุขภาพ ขณะที่ครอบครัวก็ไม่ได้จริงจังกับการจัดการให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลสุขภาพกันน้อย แม้บ้านส่วนใหญ่เลือกความสะดวกในการจัดการด้านอาหารให้สมาชิกครอบครัว และบางครอบครัวให้เหตุผลว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติ การมีวินัยในตนเอง และต้องอาศัยการกระตุ้นจากครอบครัวหรือคนรอบข้างอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ มีรูปแบบดำเนินการ ดังนี้

2.1. สร้างการตระหนักรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาสุขภาพตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในที่สุด ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

2.1.1 เพิ่มการรับรู้สถานการณ์สุขภาพ โดยให้ข้อมูลรายกลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ นำเสนอข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม และให้ข้อมูลรายบุคคลเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเองที่จะนำไปสู่ความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองอย่างชัดเจนและถูกต้อง

2.1.2 สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ด้านสุขภาพ ด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพรายกลุ่มจนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดประสบการณ์ที่จะนำไปสู่การเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเอง โดยจัดอบรมเสริมสร้างความรอบรู้และพัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดผ่านสื่อต่าง ๆ ได้แก่ สื่อบุคคล วิดีโอ ภาพและเอกสาร รวมทั้งการประเมินระดับความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อเฝ้าระวังตนเอง 2) ให้การปรึกษาการดูแลสุขภาพรายบุคคลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ สะท้อนคิดและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการหาทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเอง ให้ความรู้ตามสภาพปัญหาแต่ละคน เช่น วิธีการเลิกบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา การลดน้ำหนักด้วยวิธีอดอาหารเป็นช่วง (Intermittent Fasting) การลดปริมาณแคลอรีในอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก และสะท้อนผลการประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่วิเคราะห์จากแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score และฝึกทดลองใช้แอปพลิเคชันด้วยการป้อนข้อมูลของตนเองเพื่อให้เห็นระดับความเสี่ยงที่เป็นอยู่ รวมทั้งทดลองปฏิบัติลดระดับความเสี่ยงด้วยการป้อนข้อมูลที่จัดการปัจจัยเสี่ยง เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก ลดรอบเวลาดระดับความดันโลหิต ก็จะทำให้เห็นการลดระดับความเสี่ยงลงทันที ทำให้มีแรงจูงใจและมองเห็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) สาธิตเมนูอาหารสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายโดยใช้สูตร 2:1:1 เพื่อแสดงให้เห็นลักษณะและปริมาณอาหารต่อมื้อที่รสชาติดี ถูกหลักโภชนาการและไม่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดการเรียนรู้การจัดอาหารรับประทานที่บ้าน

2.1.3 คาดการณ์หรือสร้างภาพปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง โดยวิเคราะห์ผลที่จะเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง และคาดการณ์ว่ามีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้นในอนาคตอย่างไร และทำนายผลกระทบที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัวหรือบุคคลที่รักหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือยังคงพฤติกรรมเช่นเดิม

2.2 ใช้ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ผู้มีส่วนร่วมแต่ละคนกำหนดเป้าหมายลดความเสี่ยงเพื่อการมีสุขภาพดีหรือสุขภาพที่พึงประสงค์ของตนเองในอนาคต กำหนดแผนหรือวิธีการในการปฏิบัติสู่เป้าหมายการมีสุขภาพดี และเริ่มปฏิบัติตามที่กำหนดขึ้นด้วยตนเองอย่างซื่อสัตย์และมั่นคงให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ รับผิดชอบตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลสุขภาพให้แข็งแรง โดยใช้เทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง ค้นหาความลงตัวในการดำเนินชีวิตแบบสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพและติดตามความเสี่ยงของตนเองผ่านแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score ด้วยการติดตั้งแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากแอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังความเสี่ยงและตรวจสอบระดับความเสี่ยงเมื่อตนเองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 จัดการให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยองค์กรหรือผู้บริหาร ครอบครัวและผู้วิจัย ดังนี้

2.3.1 องค์กรหรือผู้บริหารดูแลช่วยเหลือและเกื้อหนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยนำระบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่เดิมตามนโยบายมาปฏิบัติอย่างครบถ้วนจริงจัง ได้แก่ ติดตาม กระตุ้นและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการประชุมติดตามงานและประชุมเพื่อสั่งการงานในความรับผิดชอบ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้มีความต่อเนื่อง โดยให้มีการรายงานผลการตรวจสมรรถภาพแลผลการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อนำมาพิจารณาส่งเสริมสุขภาพและเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพ ปรับปรุงระบบการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เช่น ปลุกผักในพื้นที่ของสถานีดารวจภูธรเพื่อนำมาปรุงอาหารรับประทานมื้อเที่ยงร่วมกัน

2.3.2 ครอบครัวเป็นกำลังเสริม เต็มพลังใจ ให้ความรัก สมาชิกครอบครัวทั้งภรรยาและลูกสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ปรุงอาหารรับประทานในครอบครัว ปรับเปลี่ยนเมนูอาหารสุขภาพที่เน้นผักมากขึ้น งดซื้อแกงถุง รวมทั้งเป็นแรงเสริมด้วยการให้กำลังใจ ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ร่วมทำไปด้วยกัน ชื่นชม ให้กำลังใจ และพร้อมใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมกันทั้งครอบครัว

2.3.3 ผู้วิจัยติดตามและเติมเต็มความรู้และข้อมูล ในการนัดพบผู้มีส่วนร่วมทุกครั้ง จะติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ข้อมูลที่ทันสมัย รวมทั้งกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพในการประเมินภาวะสุขภาพและการติดตามความเสี่ยงด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชัน

Thai CV Risk Score กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สะท้อนให้เห็นรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น น้ำหนักลดทำให้ลดอาการแน่นท้อง ความรู้สึกอึดอัดลดลง รู้สึกสบายมากขึ้น รูปร่างดี มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม ได้รับคำชมจากเพื่อนร่วมงานและบุคคลรอบข้าง

ผลการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนาน 6 เดือน ผู้วิจัยติดตามประเมินการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและกลุ่มบุคคลมาสะท้อนคิดเข้าสู่กระบวนการวางแผนตามลักษณะเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interacting Spiral) รวม 3 ครั้ง พบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. ผู้มีส่วนร่วมทุกรายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือจัดการปัจจัยเสี่ยงของตนเอง ได้แก่ ลดน้ำหนัก ลดพุง โดยปฏิบัติควบคู่กับการออกกำลังกายและจัดการด้านอาหาร เช่น ลดปริมาณ เลือกรับประทานอาหารปรุงสุก รับประทานเองบ้างมื้อ เลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด 4 ราย ลดปริมาณการสูบบุหรี่และมีความตั้งใจเลิก 5 ราย โดยเข้ารับบริการที่ศูนย์อดบุหรี่ในโรงพยาบาลใกล้บ้าน และไม่มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ เลิกดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดปริมาณการดื่มต่อครั้งและลดจำนวนวันที่ดื่ม หลีกเลี่ยงการดื่มด้วยการใช้เวลาไปปฏิบัติกิจกรรมอื่น สามารถเลิกดื่มได้ 3 ราย ทุกรายออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ปรับการดำเนินชีวิตประจำวันให้เคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น เช่น ลูกเดินหรือเคลื่อนไหวร่างกายระหว่างทำงาน ผู้มีส่วนร่วมที่มีโรคประจำตัวทุกรายดูแลสุขภาพด้วยการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง รับประทานยาสม่ำเสมอ ออกกำลังกายและปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. 6 องค์ประกอบก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบจำแนกตามระดับ (n=91)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส.	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี	24	26.37	7	7.69
พอใช้	43	47.25	36	39.56
ดี	21	23.08	31	34.07
ดีมาก	3	3.30	17	18.68
รวม	91	100.00	91	100.00

จากตาราง 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้นคือ หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพิ่มขึ้น คือ ระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.08 เป็นร้อยละ 34.07 ระดับดีมากจากร้อยละ 3.30 เป็นร้อยละ 18.68 ขณะที่ระดับไม่ดีลดลงจากร้อยละ 26.37 เหลือร้อยละ 7.69 ระดับพอใช้ลดลงจากร้อยละ 47.25 เหลือร้อยละ 39.56

3. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โปรแกรม Thai CV Risk Score

ตาราง 2 ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามระดับ (n = 51)

ระดับความเสี่ยง	ความเสี่ยงคงเดิม		คะแนนความเสี่ยงลดลง		ระดับความเสี่ยงลดลง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงระดับต่ำหรือน้อย (< 10 %)	9	17.65	11	21.57	0	0.00
ความเสี่ยงระดับปานกลาง (10 - < 20 %)	2	3.92	13	25.49	8	15.69
ความเสี่ยงระดับสูง (20 - < 30 %)	0	0.00	0	0.00	6	11.76
ความเสี่ยงระดับสูงมาก (30 - < 40 %)	0	0.00	0	0.00	2	3.92
ความเสี่ยงระดับอันตราย (> 40 %)	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	11	21.57	24	47.06	16	31.37

จากตาราง 2 ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โปรแกรม Thai CV Risk Score พบว่าส่วนใหญ่มีโอกาสร้อยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำ ไม่มีความเสี่ยงในระดับสูงและสูงมาก คะแนนความเสี่ยงลดลงร้อยละ 47.06 และระดับความเสี่ยงลดลงร้อยละ 31.37 ตลอดการเข้าร่วมโครงการ ไม่มีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีจำนวน 11 รายที่ระดับความเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยงคงเดิม

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ และไม่ต่อเนื่อง อาหารที่รับประทานเป็นประจำเป็นอาหารทอด แกงกะทิ มีโรคประจำตัวมากกว่าโรคเดียวเป็นโรคอ้วนลงพุง สามารถอธิบายได้จากวิถีชีวิตและการทำงานของตำรวจภูธรแบบเช้าเวรผลัด ช่วงเวลาว่างจึงอาจไม่เหมาะกับการออกกำลังกาย ประกอบกับรับรู้ว่าการออกกำลังกายที่แข็งแรงอยู่แล้ว เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวนสามารถชดเชยการออกกำลังกายได้ หรือมีภาระงานดูแลครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกาย บางรายรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงใช้เวลาพักผ่อนอยู่กับบ้าน ประกอบกับโลกแห่งยุคเทคโนโลยี มีการใช้ชีวิตพึ่งพาสิ่งอำนวยความสะดวกมาก ใช้บริการจัดส่งสินค้าถึงบ้านหรือที่ทำงาน เหล่านี้ส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง อีกทั้งรับประทานอาหารเช้ารูปที่ผ่านการแปรรูปหรืออาหารที่จำหน่ายตามร้านสะดวกซื้อ และอาหารพื้นบ้านที่นิยมรับประทานในครัวเรือน มักเป็นอาหารผัด ทอด แกงกะทิ อาหารรสหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน อ้วนลงพุง ไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีอายุระหว่าง 48 - 59 ปี จึงพบพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราค่อนข้างมากโดยเหตุผลเพื่อการสังสรรค์ พบปะเพื่อนฝูง พุดคุยเรื่องงานและเพื่อเข้าสังคม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phengsuk & Sirisook (2015) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มและแนวโน้มการละเมิดกฎหมายหรือวินัยอันเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราของข้าราชการตำรวจในกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำ และเหตุผลที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ดื่มสุราในปัจจุบันพบว่าเกือบร้อยละ 90 ดื่มเพื่อการเข้าสังคมหรือการสังสรรค์

ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 34.07 ความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 6.59 ถ้านับรวมระดับปานกลางขึ้นไปมาร้อยละ 42.86 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศชาย และอายุมากกว่า 40 ปี มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วน อ้วนลงพุง สูบบุหรี่ ทำให้มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama-EGAT Heart Score พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับน้อย รองลงมาในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวมอยู่ในระดับน้อย

เพศชายมีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (Punset, Klinthuesin, Kingkaew, & Wongmaneeero, 2015)

ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับพอใช้และระดับไม่ดี ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ เนื่องจากอาชีพตำรวจเป็นการปฏิบัติงานเกี่ยวกับกฎหมาย จึงไม่ให้ความสนใจต่อข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ และแม้ว่าจะเข้าถึงความรู้ได้ง่าย แต่มักเข้าถึงเพื่อค้นหาความรู้เกี่ยวกับการทำงาน และผลการศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ส่วนหนึ่งไม่ได้ดูแลตัวเองให้ดี เพราะมีข้อจำกัดจากภาระงาน งานที่รับผิดชอบมีความเครียดและกดดันที่ต้องทำให้สำเร็จตามเวลา มีเวลาพักผ่อนน้อย ชีวิตเร่งรีบ รับประทานอาหารโดยไม่ได้นั่งถึงภาวะสุขภาพ และไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพมากนักเพราะไม่ได้แสวงหาความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ คลินิกตรวจโรคเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจของ Aunsard (2022) พบว่าระดับความรู้ทางสุขภาพที่ดีมีเพียงร้อยละ 26.14

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม โดยสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมได้ ทั้งผู้มีส่วนร่วมองค์กร ครอบครัวและนักวิจัย ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธร สอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน โดยผู้มีส่วนร่วมทุกฝ่ายเข้ามารับรู้ เรียนรู้และดำเนินการอย่างเข้มข้น จุดเด่นของวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมคือปฏิบัติได้ในบริบทที่ซับซ้อนกับผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาศักยภาพประชาชน (Crane & O'Regan, 2010) ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรครั้งนี้ประกอบด้วย

2.1 สร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์สุขภาพสู่การเปลี่ยนแปลง เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการเพิ่มการรับรู้สถานการณ์ด้านสุขภาพทั้งสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรค สะท้อนกลับข้อมูลสุขภาพในภาพรวมให้ความรู้รายกลุ่ม ให้ข้อมูลสุขภาพและให้การปรึกษารายบุคคล จนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเกิดประสบการณ์ที่จะนำไปสู่การเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองอย่างครบถ้วน ทำให้เกิดการ คาดการณ์หรือสร้างภาพที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต ทำนายผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัวหรือบุคคลที่รักหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือยังคงพฤติกรรมเช่นเดิม สอดคล้องกับแนวคิดการตระหนักรู้ในสถานการณ์ (Situation Awareness) คือ การรับรู้องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกันในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การเข้าใจความหมายของการรับรู้ และการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์นั้นภายหลังจากการจัดการตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Endsley, 1995) เป็นทักษะที่ใช้จัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและกระทำก่อนเกิดปัญหาหรือรุนแรงมากขึ้นด้วย 3 กระบวนการคือการรับรู้ การเข้าใจ และการคาดการณ์ โดยสมองแปลข้อมูลและคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจแก้ไขหรือจัดการเหตุการณ์ (Raksamani, Jirativanont, & Mahidol University, 2019)

2.2 ใช้ใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องจากการตระหนักรู้ โดยตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเริ่มปฏิบัติตามที่กำหนดด้วยตนเองอย่างซื่อสัตย์และมั่นคง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นการได้รับข้อมูลและเห็นสถานการณ์ตัวอย่างของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบจากสื่อที่มีความเหมือนจริงหลากหลายรูปแบบ ร่วมกับการรับทราบข้อมูลความเสี่ยงของตนเองอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรม ดังแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นกระบวนการทำให้ประชาชนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ แนวทางสำคัญคือการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการระดมด้านสังคมและบุคคลเข้าด้วยกันเพื่อสร้างความตระหนักรู้และความต้องการในการดูแลสุขภาพ

(World Health Organization, 2016) ดังผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตำรวจที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของ Manor, Prateepko, & Lateh (2018) พบว่าเจตคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

2.3 จัดการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน การสนับสนุนจากครอบครัว หน่วยงาน หรือผู้บังคับบัญชาสามารถเอื้อต่อการดูแลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพกล่าวคือ การทำงานของตำรวจจราจรเป็นการทำงานที่มีรูปแบบชัดเจนและปฏิบัติตามนโยบายของผู้บังคับบัญชา การสนับสนุนหรือนโยบายของหน่วยงานจึงเป็นปัจจัยเสริมและเอื้อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง ขณะที่ครอบครัวเป็นแรงผลักดันให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน เมื่อเสริมด้วยการติดตามและเพิ่มเติมความรู้หรือข้อมูลที่ทันสมัยจากทีมวิจัย จึงส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ในสถานการณ์อยู่ตลอดและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้าใจเป็นวงจรต่อเนื่องสืบไป สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง โดยจัดการทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (World Health Organization, 2023)

3. ผลการสร้างเสริมสุขภาพตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของตำรวจภูธรในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้

จากการเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน ผู้มีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยลด ละ เลิกหรือจัดการปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่ดีขึ้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย ปรับการรับประทานอาหาร รวมทั้งควบคุมโรคประจำตัว สอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันระดับปฐมภูมิที่มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้มีส่วนร่วมที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และการป้องกันระยะก่อนเกิดปัจจัยเสี่ยงด้วยการสร้างเสริมสุขภาพด้านปัจจัยสุขภาพ 7 ประการ ได้แก่ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม. ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีเกลือและน้ำตาลต่ำ ออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนักเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 30 นาทีทุกวัน ระดับคอเลสเตอรอลรวมที่ไม่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 200 มก./ดล. ความดันโลหิตที่ไม่ได้รับการรักษาน้อยกว่า 120 หรือน้อยกว่า 80 มม.ปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารน้อยกว่า 100 มก./ดล. (Turco, Inal-Veith, & Fuster, 2018) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลจากการรับรู้ความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอ ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ปัญหาและการแสวงหาข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Aunsaard (2022) พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของข้าราชการตำรวจเกษียณที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้การสนับสนุนจากทุกภาคส่วนช่วยเอื้อให้สามารถดูแลสุขภาพได้สะดวกและง่ายขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั่นเอง และส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตันและโรคเส้นเลือดสมองตีบหรือตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ด้วยโปรแกรม Thai CV Risk Score ลดลง และเมื่อรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น เช่น น้ำหนักลดทำให้ลดอาการแน่นท้อง ความรู้สึกอึดอัดลดลง รู้สึกสุขสบายมากขึ้น รูปร่างดี มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้รับคำชม ทำให้เกิดกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรม เช่น การศึกษาของ Singhavisetth & Naweecharoen (2014) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สิ่งแวดล้อมของสถานตำรวจ สิ่งแวดล้อมของชุมชนที่พักและการเปิดรับข่าวสารณรงค์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในตำรวจนครบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ Natetipawan, Lagampan & Kalampakorn (2017) ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมช่วยเลิกสูบบุหรี่ 3 ขั้นตอน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ประโยชน์ของการเลิกสูบบุหรี่และวิธีช่วยเลิกสูบบุหรี่ ตลอดจนการสร้างเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการก้าวผ่านอุปสรรคและการจัดการกับอาการที่เกิดหลังจากการเลิกสูบบุหรี่ และเริ่มปฏิบัติตัวเพื่อเลิกบุหรี่และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม รวมทั้งการกระตุ้นเตือนให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ พบว่าพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลองและในระยะติดตามมากกว่าก่อนการทดลอง และจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า การสร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์ เป็นจุดเริ่มต้นสร้างการมีส่วนร่วม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงควรดำเนินการเพิ่มการรับรู้สถานการณ์สุขภาพทั้งสถานการณ์โรค ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ สะท้อนกลับข้อมูลสุขภาพของแต่ละคนให้เห็นอย่างชัดเจน จนเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเกิดประสบการณ์ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. จากผลการศึกษาพบว่า จัดการให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ครอบครัวมีบทบาทในการจัดปัจจัยเอื้อให้เกิดการปฏิบัติดูแลสุขภาพได้สะดวกและง่ายขึ้น การจัดกิจกรรมใด ๆ ผู้ให้บริการจึงควรดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง เพื่อการปรับเปลี่ยนไปพร้อมกันทั้งครอบครัวทำให้เกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นครอบครัวสุขภาพดีในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มจะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำไปสู่การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย เช่น กลุ่มวัยทำงานที่ลักษณะงานมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหรือกลุ่มประชากรที่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล มหาวิทยาลัยทักษิณ ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการวิจัย

References

- Aunsaard, S. (2022). Factors associated with medication adherence among retired police officers with non-communicable diseases in family medicine clinic, police general hospital. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(3), 173-184. (in Thai)
- Beck, C.T. (1994). Reliability and validity issues in phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research*, 16(3), 254-267.
- Crane, P. & O'Regan, M. (2010). *On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention*. Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government.
- Cronbach, L. J. (1951). *Essentials of Psychological Testing*. (3rd edition). New York: Harper & Row.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Disease Situation of Coronary Artery Disease*. Retrieved April 9, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/> (in Thai)
- Endsley, M. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors Journal*, 37(1), 32-64.
- Karnchanakomate, J., Chuayyok, S., Chaipet., N. & Nakpet., A. (2022). Correlation between neck circumference and risk of hypertension and diabetes among adults and older adults. *Journal of Nursing and Education*, 14(4), 95-105. (in Thai)

- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planner*. (3rd Edition). Geelong, Australia: Deakin University Press.
- Kexin, W., Yaodong, D., Rui, W., Jiaxin, Y., Xiaoli, L., Hongya, H., et al. (2023). Remnant cholesterol and the risk of coronary artery disease in patients with type 2 diabetes. *Angiology*, 74(8), 745-753.
- Kumar, S. & Preetha, G.S. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5-12.
- Liangruenrom, N. (2022). *Health promotion & disease prevention*. (1th Edition). Bangkok: National Health Security Office (NHSO). (in Thai)
- Mahidol University. (2015). *Thai CV Risk Score-Mahidol University*. Retrieved April 9, 2022 from https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk_score (in Thai)
- Manor, A., Prateepko, T. & Lateh, A. (2018). Factors affecting health promoting behaviors of police working in the three southernmost provinces. *Journal of Education*, 29(2), 123-132. (in Thai)
- Moree, C. & Muang Khon Kaen Police Station. (2022). Police and local people according to Brahmavihara 4. *Buddhism in Mekong Region Journal*, 5(2), 1-16. (in Thai)
- Natetipawan, P., Lagampan, S. & Kalampakorn, S. (2017). The effectiveness of a smoking cessation program application the stage of change theory for Metropolitan Police. *Journal of The Police Nurses*, 9(1), 82-93. (in Thai)
- National Reform Committee on Public Health. (2021). *National Health Reform Plan*. (revised edition). Retrieved April 9, 2022 from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/> (in Thai)
- Phengsuk, S. & Sirisook, V. (2015). Drinking behavior and tendency of disobedience to the laws/disciplines concerning alcohol consumption among policemen in Bangkok. *Public Health & Health Laws Journal*, 1(2), 91-104. (in Thai)
- Phunpho, R., Chaimongkol, N. & Dallas, JC. (2016). Factors influencing mental health status among non-commissioned police officers. *Christian University in Thailand Journal*, 22(4), 460-470. (in Thai)
- Punset, K., Klinthuesin, S., Kingkaew, A. & Wongmaneero, W. (2015). Cardiovascular risk among staffs working at the central of ministry of public health using risk assessment of Rama-EGAT Heart Score. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(2), 57-70. (in Thai)
- Raksamani, K., Jirativanont, T. & Mahidol University. (2019). *Non-Technical Skill for Healthcare Professionals*. (2nd Edition). Bangkok: P.A. Living. (in Thai)
- Singhaviseth, K & Naweecharoen, R. (2014). Factors related to body weight control behaviors among overweight police officer. *Journal of The Police Nurses*, 6(1), 112-156. (in Thai)
- Turco, J. V., Inal-Veith, A. & Fuster, V. (2018). Cardiovascular health promotion: An issue that can no longer wait. *Journal of American College Cardiology*, 72(8), 908-913.
- World Health Organization. (2016). *Health Promotion*. Retrieved October 9, 2022 from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/>
- World Health Organization. (2020). *The Top 10 Causes of Death*. Retrieved October 9, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/>
- World Health Organization. (2023). *Health Promotion in the Western Pacific*. Retrieved October 9, 2023 from <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/>

รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

A Care Management Model to Prevent Falls among Patients with Disabilities in a Ward at the Veterans General Hospital

วงศ์แข หมูสีโทน¹, กาญจนา ศรีสวัสดิ์², สายสมร เฉลยกิตติ^{3*}

Wongkea Mooseeton¹, Kanjana Srisawad², Saisamorn Chaleoykitti^{3*}

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารทางการพยาบาล), ²สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

¹Student of Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), ²Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, ³Faculty of Nursing, Kasetsart University

(Received: November 22, 2023; Revised: May 7, 2024; Accepted: May 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบ และศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย ดำเนินการ 2 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการสนทนากลุ่ม คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ รวม 9 คน และผู้ป่วย จำนวน 9 คน และขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวประเด็นการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบฯ ที่สร้างได้ ประกอบด้วย 1) การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ 2) การระบุกลุ่มผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนในการดูแล 3) การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ 4) การติดตามประเมินผล และ 5) การส่งเสริมรูปแบบฯ ไปในเชิงนโยบาย

2. อัตราการพลัดตกหกล้มหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า หลังใช้รูปแบบฯ ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.88$, $SD = 0.18$)

ดังนั้นควรนำรูปแบบฯ นี้ไปใช้ในโรงพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ

คำสำคัญ: การจัดการดูแล การพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่มีความพิการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Saisamorn2006@hotmail.com)

Abstract

This research and development aimed: 1) to create a model of care management to prevent falls of patients with disabilities in a ward at the Veterans General Hospital, 2) to study the rate of falls after using the new model, and 3) to study the satisfaction of professional nurses towards new model of care management. Research was divided in two phases. Phase 1 was dedicated to creating a care management model to prevent falls of patients with disabilities in the ward, using the 3C-PDCA concept, including 5 steps: a) 3C analysis, b) planning, c) practice, d) inspection and e) improvement. A multidisciplinary team of doctors and professional nurses were selected as key informants for participating in a focus group. Phase 2 was dedicated to effectively using the care management model. The sample group comprised 12 professional nurses. The instruments for this research and development were: 1) several group discussion topics, 2) a fall-risk assessment form for patient with disabilities, and 3) a satisfaction assessment form for professional nurses. Content validity value of instruments was between 0.6 - 1.00. Data were analyzed by using statistic development, content analysis and Chi-square test. The results revealed as follows.

1. The format of model consisted of: 1) a physical examination and assessment of disable patients' condition, 2) identification of patients and risk-factors assessment for falls for each, 3) the implementation or care as planned, 4) the monitoring and evaluation and, finally, 5) promoting the model in terms of policy.

2. The results showed that: 1) rate of falls after using the model was significantly reduced, at the .001 level, 2) satisfaction of professional nurses after using the model was at the highest level ($M = 4.88$, $SD = 0.18$).

Therefore, this model can be used in hospital wards with similar context in order to prevent fall of patient with disabilities.

Keywords: Care Management Model, Fall Prevention, Patients with Disabilities

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่าการพลัดตกหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญระดับโลก มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มสูงถึง 6,840,000 รายต่อปี (World Health Organization, 2021) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลสูงถึง 1,000,000 รายต่อปี (Weycer, 2019) ในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มประมาณ 3,000,000 รายต่อปี (Department of Disease Control, 2022) ค่าเฉลี่ยการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเท่ากับ 1.3 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (Center for Rehabilitation Medicine, 2020) โรงพยาบาลทหารผ่านศึก พบว่าสถิติการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยคือปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวนการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 12, 8 และ 10 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุจากมีความพิการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล อัตราการล้มพยาบาลไม่เพียงพอและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย จึงเป็นสาเหตุให้อัตราการพลัดตกหกล้มสูง ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการพลัดตกหกล้ม เช่น มีการบาดเจ็บ ศีรษะกระแทกพื้น หรือรุนแรงถึงกระดูกหักส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่ม สูญเสียค่าใช้จ่าย การฟื้นฟูสภาพร่างกายล่าช้า มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและไม่พึงพอใจ กล่าวได้ว่า การพลัดตกหกล้มมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (World Health Organization, 2021) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในสถานบริการ

การจัดการการดูแล หมายถึง การจัดการการบริการหรือชุดกิจกรรมอย่างครอบคลุมที่เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล สามารถบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมการประสานงาน ปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงานให้เหมาะสมเพื่อลดค่าใช้จ่ายจากการเกิดความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Division of Medical Assistance and Health Service, 2023) ตามแนวคิดการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล 3C-PDCA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แนวคิดนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ และมีความซับซ้อนด้านการดูแล เมื่อวิเคราะห์ตามบริบทผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย (Context) พบว่า มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันลดลง มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย (van Rensburg, van der Merwe, & Crowley, 2020) ความพิการไม่ได้เกิดจากพันธุกรรมหรือโรคประจำตัว แต่เกิดจากการไปรับในสนามรบและได้รับบาดเจ็บจนเกิดความพิการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น แขน ขา ขาด ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุดระดับประเทศ (Nation Office for the Promotion and Development of Quality of Life for Persons with Disabilities, 2022) เมื่อวิเคราะห์ทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเป็นทหารผ่านศึกเพศชาย มีความมั่นใจในตนเองสูง จึงไม่ขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ทางด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีญาติเฝ้า ทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานจึงมีความต้องการในการจัดสัดส่วนสิ่งแวดล้อมด้วยตนเอง เช่น เตียงนอน ช่างเตียง ห้องน้ำ ทางเดินไปห้องน้ำซึ่งยังไม่ปลอดภัย เมื่อพิจารณาด้านเกณฑ์ในการทำงาน (Criteria) พบว่า อัตราการล้มพยาบาลไม่เพียงพอ ระบบการดูแลไม่มีความเจาะจงกับผู้ป่วยพิการ ไม่มีคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขาดความเชื่อมโยงในการดูแล ไม่มีการทบทวน วางแผน ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบให้ดีขึ้น ทำให้อัตราการพลัดตกหกล้มไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด (Concept) พบว่าสาเหตุที่กล่าวมาของการพลัดตกหกล้มมีความใกล้เคียงและเป็นไปในทิศทางเดียวกับ 3C-PDCA ดังนั้นการป้องกันการพลัดตกหกล้มจึงต้องพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพิการโดยใช้แนวคิด 3C-PDCA สอดคล้องกับการวิจัยของ Kanmali (2021) การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่มีการใช้แนวคิด PDCA ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผลการวิจัย พบว่า สามารถลดจำนวนการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจระดับมาก ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการนำแนวคิดนี้มาจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก เพื่อลดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานบริการสุขภาพทั่วโลก มีเป้าหมายในการจัดการบริการสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาด้านการพลัดตกหกล้ม มุ่งลดอุบัติเหตุและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ทั้งด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยง การวางแผนจัดกิจกรรมโดยสหสาขาวิชาชีพ การใช้นวัตกรรมต่าง ๆ การนิเทศ การปฏิบัติตามแผนกิจกรรม การติดตามผลลัพธ์ การทบทวนและพัฒนาต่อเนื่อง โดยมีการนำแนวคิดต่าง ๆ มาพัฒนารูปแบบการดูแล เช่น การศึกษาของ Liu, Zhu, & Song (2021) ในการวิเคราะห์และจัดการด้านการพยาบาลเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเครือหนานตง โดยใช้แนวคิดการจัดการในการสร้างโปรแกรมการดูแลของพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมดังกล่าวทำให้ความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มและจำนวนผู้ป่วยพลัดตกหกล้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Choeychom, Tiplamai, & Thadthong (2019) ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลพบุรีโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงและพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติระดับมาก สะท้อนถึงการจัดการบริการสุขภาพ นำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มให้เหมาะสมกับสถานบริการของตนเอง ดังนั้นแนวทางในการแก้ปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ ควรเน้นการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลทหารผ่านศึกจึงมีความจำเป็นในการนำมาปรับใช้ให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความพิการ

ในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มสูง และไม่ปฏิบัติตามเป้าหมายหลักขององค์กรและส่งผลทางลบต่อภาพรวมระบบบริการพยาบาลและความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล

โรงพยาบาลทหารผ่านศึก มีวิสัยทัศน์ คือโรงพยาบาลทหารผ่านศึกเป็นโรงพยาบาลที่ธำรงไว้ซึ่งมาตรฐานและคุณภาพการดูแลรักษา ฟันฟู และเป็นเลิศด้านกายอุปกรณ์ มีพันธกิจ คือ ให้การดูแลรักษาฟันฟูและให้บริการด้านกายอุปกรณ์แบบครบวงจรแก่ทหารผ่านศึกและประชาชนทั่วไป ตามมาตรฐาน คุณภาพและประสิทธิภาพ ธำรงไว้ซึ่งคุณธรรมและจริยธรรมเพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด ผู้ป่วยที่มีความพิการคือผู้ป่วยที่เป็นทหารผ่านศึก ตามประกาศขององค์การทหารผ่านศึก (Veterans Organization, 1967) อีกทั้งองค์กรยังมีเข็มมุ่งในการรักษา มาตรฐานความปลอดภัย (Safety) ส่งเสริมการค้นหาโอกาสพัฒนาจากงานประจำและอุบัติการณ์ต่าง ๆ กำหนดให้มีการบริหารความเสี่ยงเชิงนโยบาย ทั้งนี้จากรายงานบัญชีความเสี่ยงของหอผู้ป่วยพิการ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก พบความรุนแรงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา มีค่าใช้จ่ายสูงและอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้การพลัดตกหกล้มเป็นความเสี่ยงสำคัญอันดับหนึ่งของหอผู้ป่วยพิการและส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยระดับโรงพยาบาล จากสถิติผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล พบว่า อัตราการครองเตียงพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่มีความพิการสูงอย่างต่อเนื่องย้อนหลัง 3 ปี คือ 105, 115 และ 112 คน ตามลำดับ (Veterans General Hospital, 2022) จากสถิติพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรัง มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย มีความซับซ้อนที่มาจากความพิการและการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย ส่วนใหญ่พักรักษาตัวถาวรไม่ได้จำหน่าย และไม่มีญาติดูแล ในขณะที่อัตรากำลังของพยาบาลไม่เพียงพอ ปัจจุบันพบว่าพยาบาลผู้ดูแล 12 คน ต่อผู้ป่วยที่มีความพิการ 112 คน (Veterans General Hospital, 2022) ในการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ควรมีความเฉพาะเจาะจง ถึงแม้โรงพยาบาลมีแนวทางการดูแลไว้บางส่วนแต่พบว่า ยังไม่มีการทำคู่มือและแนวทางการใช้งานอย่างชัดเจน จากการตรวจสอบพบว่า ผู้ปฏิบัติงานยังไม่ปฏิบัติตามในทางเดียวกัน ปัจจุบันยังพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มจำนวนมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย แนวทางการดูแลยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ จึงไม่สามารถใช้ดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้และยังไม่พบว่ามีการทบทวนแนวทางหรือรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก่อน ทั้งนี้ยังได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เยี่ยมสํารวจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเกี่ยวกับประเด็นการทำวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาด้านการพลัดตกหกล้ม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยที่มีความพิการ จึงมีความจำเป็นในการมุ่งพัฒนางานด้านความปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม ป้องกันและลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

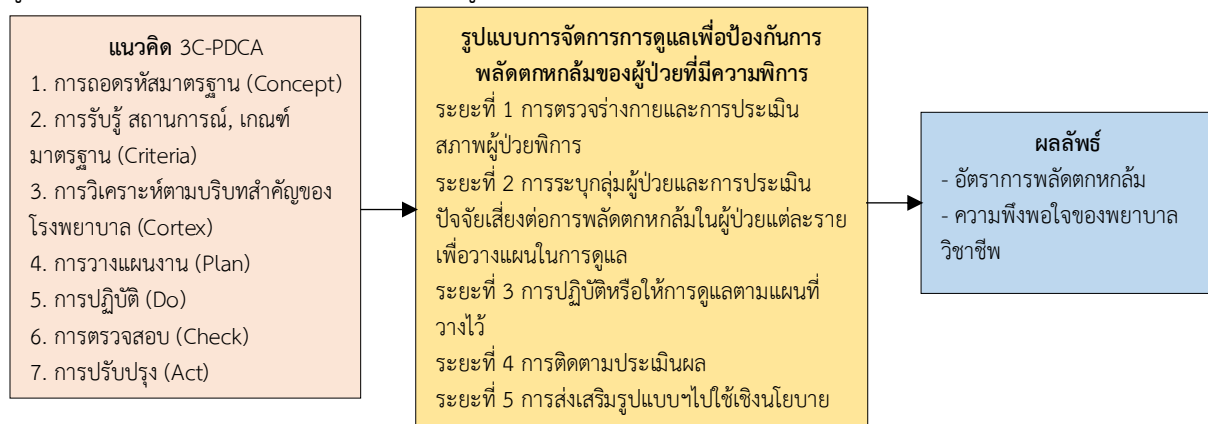
1. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
 - 2.1 เพื่อศึกษาอัตราการพลัดตกหกล้มหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
 - 2.2 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

สมมติฐานวิจัย

อัตราการพลัดตกหกล้มลดลงหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ประกอบด้วย 1) พัฒนาโดยใช้แนวคิดการพัฒนางานคุณภาพงานโรงพยาบาลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2022) 3C-PDCA ได้แก่ 1.1) 3C การถอดรหัสมาตรฐาน (Concept) การรับรู้สถานการณ์ เกณฑ์มาตรฐาน (Criteria) และการวิเคราะห์ตามบริบทสำคัญของโรงพยาบาล (Cortex) 1.2) การวางแผนงาน (Plan) 1.3) การปฏิบัติ (Do) 1.4) การประเมินผล (Check) และ 1.5) การปรับปรุงและการนำไปใช้ (Act) 2) รูปแบบฯ ที่สร้างได้ มี 5 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ ระยะที่ 2 การระบุกลุ่มผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนในการดูแล ระยะที่ 3 การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ ระยะที่ 4 การติดตามประเมินผล และระยะที่ 5 การส่งเสริมรูปแบบฯ ไปใช้เชิงนโยบาย และ 3) ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพิการ และ ความพึงพอใจของพยาบาล ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยดำเนินการตั้งแต่เดือน มี.ค.- ก.ค. 2566 โดยมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ (3C) ดำเนินการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก มีการดำเนินการดังนี้ 1) การถอดรหัสมาตรฐาน (Concept) ทบทวนมาตรฐานตามสถานการณ์ความปลอดภัยและการพลัดตกหกล้มโรงพยาบาลและคำแนะนำจากคณะผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2) การรับรู้สถานการณ์ (Criteria) ผู้วิจัยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านทะเบียนความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ทบทวนตัวชี้วัดเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนมีการวิเคราะห์การพลัดตกหกล้ม เพื่อให้รับรู้ถึงสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม และ 3) การวิเคราะห์ตามบริบทสำคัญของโรงพยาบาล (Context) ผู้วิจัยระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบฯ ให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ และเป็นกลุ่มที่มีความชุกในการเกิดอุบัติเหตุหรือเป็นกลุ่มหลักของโรงพยาบาลตามบริบทของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนดำเนินการ (Plan) เป็นขั้นตอนการวางแผนดำเนินการในการสร้างรูปแบบฯ มีการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการวิเคราะห์สภาพการณ์ 2) นำข้อมูลที่ได้มาสร้างแนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และปรับปรุงแนวประเด็นคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปใช้

สนทนากลุ่ม 3) นำแนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม มาสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน และผู้ป่วยที่มีความพิการ จำนวน 9 คน รวมทั้งหมดจำนวน 18 คน 4) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาร่างรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบพร้อมดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งรูปแบบที่ได้ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ (1) การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ (2) การระบุกลุ่มผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนในการดูแล (3) การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ (4) การติดตามประเมินผล และ (5) การส่งเสริมรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ ไปใช้ในเชิงนโยบาย 5) ร่างรูปแบบฯ ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาจัดทำคู่มือการใช้ เพื่อนำไปทดลองใช้กับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 3 คน และผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หอผู้ป่วยอาคาร 1 ชั้น 4 และ อาคาร 1 ชั้น 5 ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และ 6) ผู้วิจัยประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และปรับปรุงแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการ ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความพิการ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบแผนการวิจัยหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการตั้งแต่เดือน ส.ค.- ก.ย. 2566 โดยมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติ (Do) เป็นการนำรูปแบบฯ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน และผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยแนะนำให้รูปแบบฯ ไปใช้ทุกวันและผู้วิจัยทำการติดตามเป็นระยะ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 7 สัปดาห์ มีการดำเนินการดังนี้ 1) สัปดาห์ที่ 1 การแนะนำรูปแบบฯ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อสื่อสารเกี่ยวกับเนื้อหาการใช้รูปแบบฯ ก่อนนำสู่การปฏิบัติ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/หอผู้ป่วย 2) สัปดาห์ที่ 2 การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความพิการ และการระบุกลุ่มผู้ป่วยและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนการดูแล 3) สัปดาห์ที่ 3 - 7 การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ พยาบาลวิชาชีพนำรูปแบบฯ ซึ่งเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการระบุกลุ่มผู้ป่วยที่ได้จากการตรวจร่างกาย การประเมินสภาพความพิการ และประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแล้ว พยาบาลทำการจำแนกกลุ่ม วางแผน การดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม และมีการใช้รูปแบบฯ ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยผู้วิจัยมีการติดตามการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 3 ติดตามการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยพิการ การระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแผนที่วางไว้ สัปดาห์ที่ 5 ติดตามการลงบันทึกในแบบบันทึกต่างๆ สัปดาห์ที่ 6 ติดตามผลการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยการทากายภาพบำบัด และการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการที่ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย สัปดาห์ที่ 7 ติดตามกำกับการใช้กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามประเมินผล (Check) เพื่อศึกษาอัตราการพลัดตกหกล้มหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นการตรวจสอบหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า 1) ตัวชี้วัดและบัญชีความเสี่ยงของหน่วยงาน พบว่าอัตราการพลัดตกหกล้มลดลง และ 2) รูปแบบฯ มีความชัดเจนและมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ

ขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงและนำไปใช้ (Act) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบฯ เป็นการทบทวนผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจสอบรูปแบบฯ เพื่อนำมาสู่การปรับปรุงอย่างเหมาะสม โดยมีการแก้ไข

ปรับปรุง ได้แก่ 1) ปรับปรุงแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อให้พยาบาลผู้ประเมินเข้าใจง่ายมากขึ้น และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 2) ปรับปรุงแผนการดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล 14 คน พยาบาลวิชาชีพ 12 คน แพทย์ 7 คน และผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทหารผ่านศึก 112 คน รวม 145 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2566)

2. ผู้ให้ข้อมูล/กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้ให้ข้อมูลสำหรับสนทนากลุ่ม เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วยแพทย์ จำนวน 3 คน ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน และผู้ป่วยจำนวน 9 คน โดยเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทหารผ่านศึกพิการ อาคาร 2 ชั้น 3 จำนวน 3 คน อาคาร 2 ชั้น 4 จำนวน 3 คน และอาคาร 2 ชั้น 7 จำนวน 3 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างสำหรับการใช้รูปแบบฯ คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน เลือกแบบเจาะจง ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทหารผ่านศึกพิการอาคาร 2 ชั้น 3 อาคาร 2 ชั้น 4 และอาคาร 2 ชั้น 7 และผู้ป่วยที่มีความพิการที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย อาคาร 2 ชั้น 3 อาคาร 2 ชั้น 4 และอาคาร 2 ชั้น 7 ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณด้วยสูตร G*power 3.0.10 โดยให้ค่า Effect Size = 0.5 และกำหนด $\alpha = .05$, Power = .08 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเก็บเพิ่มร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแต่ละหอผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกันผู้วิจัยจึงใช้การเลือกแบบจับฉลากหอผู้ป่วยละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ผู้วิจัยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน คือ การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของ Thongsumrit & Meebunmak (2022)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มี 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการ จำนวน 6 ข้อ ชุดที่ 2 สำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ หอผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัว โรคประจำตัว ประวัติการพลัดตกหกล้ม และระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 5 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และ Check List

ส่วนที่ 2 แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ข้อ และสำหรับผู้ป่วย จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดของการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ เฮนดริคซ์ (Hendrich, 2013) และปรับปรุงแบบวัดของ Kullavaniteewat, Sorachaimetha, Chiarat, Kittichaised, Radabutr, & Boonprasop (2020) ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ มีจำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็มรวมมีค่า 0 - 20 และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนตามแนวคิดของเฮนดริคซ์ (Hendrich, 2013) คะแนนรวม 0 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำ คะแนนรวม 1-4 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มปานกลาง และคะแนนรวม ≥ 5 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง

ส่วนที่ 4 รูปแบบฯ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 3C-PDCA เป็นขั้นตอนในการสร้างรูปแบบฯ ร่วมกับแนวคิดการจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลของ LeLaurin & Shorr (2019) และ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพความพิการของ Waewaram, (2017) เป็นการจัดการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยที่มีความพิการ

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกอัตราการเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย หลังการใช้รูปแบบ ฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบเดิมค่าและ Check List จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบ ฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแบบประเมินของ Wilairat (2018) ข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจของ Best & Kahn (2006)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านกระดูกและข้อที่มีประสบการณ์การตรวจรักษาและดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการไม่น้อยกว่า 5 ปี 1 คน อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการไม่น้อยกว่า 5 ปี 1 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ทางการบริหารทางการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 10 ปี 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลและมีประสบการณ์ในการทำงานไม่น้อยกว่า 10 ปี 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 1 คน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหา และการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .50 (Santikul, 2014) โดยแนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .60 - 1.00 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 โดยค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จึงสามารถใช้ได้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยพยาบาลเป็นผู้ใช้แบบประเมิน ฯ จำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจงโดยเป็นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยพิการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ หาคความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนที่กำหนดไว้
2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารผ่านศึก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลทหารผ่านศึก
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้บริหารพยาบาลและคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงโรงพยาบาลทหารผ่านศึกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. สํารวจกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด
5. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

6. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้านประวัติการพลัดตกหกล้มของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการจำนวน 30 คนในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมา และบันทึกอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยพิการก่อนใช้รูปแบบฯลงในแบบบันทึกการติดตามอัตราการพลัดตกหกล้มก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ขั้นตอนทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การแนะนำรูปแบบฯ มอบสื่อสัญลักษณ์ ป้าย แผ่นพับ คู่มือการใช้งานรูปแบบฯ และอธิบายการใช้สื่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ สอนการใช้คู่มือให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/หออผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 2 การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความพิการ และการระบุกลุ่มผู้ป่วยและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนการดูแล

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้พิการ การระบุกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามแผนที่วางไว้

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามการลงบันทึกในแบบบันทึกต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 6 ติดตามผลการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยพิการโดยการถ่ายภาพบำบัด และการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการที่ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย

สัปดาห์ที่ 7 ติดตามกำกับการใช้กิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างปลอดภัยจากการพลัดตกหกล้ม เช่น กิจกรรม “KNOW FALL- NO FALL” โดยติดตามผลลัพธ์ของการใช้กิจกรรมและปรับปรุงให้มีความเหมาะสม โดยคำนึงถึงสภาพทักษะของผู้ป่วยเป็นหลัก

ขั้นหลังการทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 8 การติดตามประเมินผลอัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการหลังการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบฯ โดยมีการส่งเสริมให้นำรูปแบบฯ ไปใช้ในเชิงนโยบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)
3. วิเคราะห์การประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์อัตราการพลัดตกหกล้มหลังใช้รูปแบบฯ โดยใช้สถิติพรรณนา คือ จำนวนและร้อยละ และการหาสถิติ Fisher's Exact test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช หมายเลข 13/2566 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

1. รูปแบบฯ ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้ 1) การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ 2) การระบุกลุ่มผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนในการดูแล 3) การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ 4) การติดตามประเมินผล และ 5) การส่งเสริมรูปแบบฯ ไปใช้ในเชิงนโยบาย

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบฯ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.1 พยาบาลวิชาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 26-35 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทหารผ่านศึกพิการที่หอผู้ป่วยอาคร 2 ชั้น 4 ร้อยละ 41.67 ประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลทหารผ่านศึก มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 41.67

2.1.2 ผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึกพบว่า ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 43.33 นอนพักหอผู้ป่วยอาคร 2 ชั้น 7 มากที่สุด ร้อยละ 36.67 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.67 โดยเป็นโรคไข้มันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงและไข้มันในเลือดสูง ร้อยละ 13.34 เท่ากัน นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 6 - 10 ปี ร้อยละ 40 ประวัติการพลัดตกหกล้มในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้มและมีประวัติการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 50 เท่ากัน

2.2 อัตราการพลัดตกหกล้มหลังการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

ตาราง 1 เปรียบเทียบอัตราการพลัดตกหกล้มก่อนและหลัง การนำรูปแบบฯ ไปใช้

รูปแบบฯ	การเกิดพลัดตกหกล้ม		Fisher's Exact	p-value
	พลัดตกหกล้ม	ไม่พลัดตกหกล้ม		
ก่อนใช้	15	15	.143	<.001
หลังใช้	2	28		

จากตาราง 1 พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึกหลังใช้รูปแบบฯ ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบฯ

คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ	M	SD	ระดับ
1. เนื้อหามีความครอบคลุมและทันสมัย	4.83	0.39	มากที่สุด
2. ความเข้าใจง่าย	4.67	0.49	มากที่สุด
3. การนำไปใช้ง่าย	4.67	0.49	มากที่สุด
4. ความมั่นใจในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการมากขึ้น	4.92	0.29	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. การสร้างความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น	5.00	0.00	มากที่สุด
7. การส่งเสริมทักษะต่อข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	4.67	0.49	มากที่สุด
8. การส่งเสริมการวางแผนการพยาบาลอย่างมีระบบ	4.92	0.29	มากที่สุด
9. ส่งเสริมการสื่อสารที่ดี	5.00	0.00	มากที่สุด
10. ความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
11. การกำกับติดตามมีความเหมาะสม	4.92	0.29	มากที่สุด
12. การส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ	4.92	0.29	มากที่สุด
13. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้รูปแบบฯ	4.92	0.29	มากที่สุด
เฉลี่ย	4.88	0.18	มากที่สุด

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด ($M = 4.88$, $SD = 0.18$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) การสร้างความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) ส่งเสริมการสื่อสารที่ดี ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) และความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง ($M = 5.00$, $SD = 0.00$)

อภิปรายผล

1. รูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการ มีความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก สามารถแก้ปัญหาการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการได้ และการใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาโดยใช้แนวคิด 3C-PDCA ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลทำให้มีกรอบในการพัฒนาชัดเจน จุดเด่นของรูปแบบฯคือการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีความเฉพาะเจาะจงตามสภาพผู้ป่วยพิการอย่างครอบคลุม การระบุกลุ่มผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยพิการโดยคำนึงถึงความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยร่วมด้วย ด้านแผนการดูแลเน้นการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพ คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้พิการตามความต้องการของผู้ป่วย มีการใช้เทคโนโลยีด้านการใช้เครื่องตรวจจับความเคลื่อนไหวร่างกาย แทนการผูกมัดซึ่งเป็นจุดเด่นและมีความแตกต่างจากแผนการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอื่น ตลอดจนการส่งเสริมให้รูปแบบฯ ถูกนำไปใช้เชิงนโยบาย สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในการมุ่งแก้ปัญหาเชิงระบบอย่างต่อเนื่องและรูปแบบฯ ที่สร้างได้ ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ 2) การระบุกลุ่มผู้ป่วยและการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนในการดูแล 3) การปฏิบัติหรือให้การดูแลตามแผนที่วางไว้ 4) การติดตามประเมินผล และ 5) การส่งเสริมรูปแบบฯ ไปใช้เชิงนโยบาย ซึ่งเมื่อนำมาใช้จะเห็นได้ชัดว่า รูปแบบฯ นี้มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยที่มีความพิการ อีกทั้งสามารถปรับให้เกิดความทันสมัย เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์และวงล้องานคุณภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kanmali (2021) พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ใช้แนวคิด PDCA ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผลการวิจัย พบว่าสามารถลดจำนวนการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้และผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ

2. การศึกษาอัตราการพลัดตกหกล้มหลังการใช้รูปแบบฯ จากการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบฯ อัตราการพลัดตกหกล้มลดลงจาก 15 ครั้งเหลือ 2 ครั้ง และเมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างไคสแควร์ พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มหลังใช้รูปแบบฯ ต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สามารถอธิบายได้ว่า เกิดจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มตามสภาพผู้ป่วยที่มีความพิการโดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วยที่มีความพิการ ซึ่งผู้วิจัยมีการพัฒนาแบบประเมินของสถาบันฟื้นฟูสภาพของสถาบันสิรินธรของ Kullavaniteewat, Sorachaimetha, Chiarat, Kittichaised, Radabutr, & Boonprasop (2020) ซึ่งพัฒนามาจากการแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของ Hendrich (2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ Papol & Khlueinak (2021) พบว่า เครื่องมือประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความไวแบบเฉพาะจะจงมากที่สุด คือ แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของเฮนดริคซ์ มีการระบุกลุ่มผู้ป่วยตามสภาพผู้ป่วยพิการแต่ละราย เพื่อวางแผนการดูแลอย่างเป็นระบบ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของ Morris & Riordan (2017) ศึกษาการป้องกันพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลพบว่า การประเมินปัจจัยเสี่ยง การระบุผู้ป่วยและระบุกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสอนและแนะนำการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม โดยสอนการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างปลอดภัย เช่น การเคลื่อนย้ายร่างกายจากเตียงไปยังรถเข็นสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Tamee (2018) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เอกชน พบว่า กิจกรรมที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มมากที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจากเตียง พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพพิการ เช่น กระตุ้นการออกกำลังกาย กายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้มีความพร้อมในการเคลื่อนไหวร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kostseekiaw (2022) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผลลัพธ์ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนขาช่วยให้การทรงตัวดีขึ้นและสามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ พยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมการพิทักษ์สิทธิในการได้รับกิจกรรมการเข้าสังคมตามความสามารถของผู้พิการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและรู้สึกมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการจัดการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Dissara, Ratchatawan, & Arunjit (2022) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า การรู้สึกมีส่วนร่วมของผู้ป่วยนำไปสู่การทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างยั่งยืน

3. การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบ ฯ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.88, SD = 0.18$) อธิบายได้ว่ารูปแบบ ฯ สร้างจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพตั้งแต่การศึกษาสภาพปัญหาของบริบทผู้ป่วยพิการ สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วยและบริบทโรงพยาบาลและการวิเคราะห์ความต้องการในการสร้างรูปแบบ ฯ โดยมีการนำแนวคิดการพัฒนางานคุณภาพโรงพยาบาล 3C-PDCA มาใช้ในการร่างรูปแบบ ฯ ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสามารถใช้ได้จริงและมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความพิการ สามารถป้องกันการพลัดตกหกล้มและลดอัตราการพลัดตกหกล้มลงได้ จึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kanmali (2021) ศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การใช้แนวคิดพัฒนาคุณภาพงาน (PDCA) ในการสร้างรูปแบบ ฯ ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจระดับมาก เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่มีคะแนนสูงสุด คือด้านความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยที่มีความพิการ อธิบายได้ว่ารูปแบบ ฯ ส่งเสริมให้พยาบาลเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่มีความพิการทั้งปัจจัยภายใน ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยภายนอก เช่น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามบริบทผู้ป่วย เพศ การมีโรคประจำตัว การได้รับยา เป็นต้น ทำให้พยาบาลสามารถวางแผนในการดูแลได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Najafpou, Godarzi, Arab, & Yaseri (2019) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลพบว่าความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงสามารถวางแผนดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลได้ ด้านสร้างความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ด้านส่งเสริมการสื่อสารที่ดี และด้านสร้างความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง ($M = 5.00$) อธิบายได้ว่ารูปแบบ ฯ มีคู่มือการปฏิบัติงานและออกแบบขอบเขตระยะการดูแลอย่างชัดเจน มีการประเมินสภาพผู้ป่วยพิการ การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพื่อระบุกลุ่มผู้ป่วย การบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม มีการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย เช่น การติดป้ายเตือน ซึ่งการสื่อสารที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการเอาใจใส่และให้ความร่วมมือในการจัดการดูแล รูปแบบ ฯ มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Choeychom, Tiplamai, & Thadthong (2019) ศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มระดับมาก และการศึกษาของ Pruksawan, Kangeena, Phanyainkaew, Ruedee, & Ponwiang (2022) ศึกษาแบบการนิเทศเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการมีคู่มือการปฏิบัติงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบการจัดการการดูแลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่มีความพิการมาใช้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยมีกระบวนการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ฯ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยที่มีความพิการในหอผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบฯ นี้ นำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวร่างกายในหอผู้ป่วย ควรมีการนำรูปแบบไปศึกษาเพื่อใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายกลุ่มอื่น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจส่งผลให้เกิดประสิทธิผลในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

References

- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in Education*. Estados Unidos: Pearson Education.
- Center for Rehabilitation Medicine. (2020). *Rehabilitation Service Standards*. (2nd Printing)
Nonthaburi: Sahamit Printing Co., Ltd. (in Thai)
- Choeychom, L., Tiplamai, C. & Thadthong, S. (2019). Abstract effect of fall precaution guideline in the women general ward 1 at Lop Buri center hospital. *Department of Medical Services Journal*, 44(5), 54-61. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2023). *Fall in the Elderly*. Retrieved September 19, 2023 from <https://ddc.moph.go.th>. (in Thai)
- Dissara, W., Ratchatawan, R., & Arunjit, S. (2022). Effectiveness of a fall prevention program in the elderly, Tharua sub-district, Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Southern Technology*, 15(1), 1-10. (in Thai)
- Division of Medical Assistance & Health Service. (2023). Falls prevention conversation guide for caregivers. Retrieved September 15, 2023 from <http://www.nj.gov/humanservices/dmahs/home/>
- Hendrich, A. (2013). Fall risk assessment for older adults: The hendrich II fall risk model. *The American Journal of Nursing*, 107(11), 1-2.
- Kanmali, Y. (2021). The development of nursing service model to prevent fall in hospitalized patients. *Maharat Nakhonsritammarat Journal*, 4(2), 76-88. (in Thai)
- Kostseekiaw, T. (2022). The Development of falls prevention model for elderly by participation of community partnership networks. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 4(2), 256-269. (in Thai)
- Kullavaniteewat, S., Sorachaimetha, P., Chiarat, S., Kittichaised, R., Radabutr, K. & Boonprasop, S. (2020). A development of personalized care model to prevent falling for patients with impaired mobility receiving rehabilitation in the hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(2), 422-431. (in Thai)
- LeLaurin, J. H. & Shorr, R. I. (2019). Preventing falls in hospitalized patients: state of the science. *HHC Public Access*, 35(2), 273-283.
- Liu, X., Zhu, X., & Song, Y. (2021). Retrospective analysis and nursing management of inpatient falls: Case series. *Medicine*, 100(47), e27977. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027977>
- Morris, R. & Riordan, S. (2017). Prevention of falls in hospital. *Clinical Medicine*, 17(4), 360-362. doi.10.7861/clinmedicine.17-4-360.

- Nation Office for the Promotion and Development of Quality of Life for Persons with Disabilities. (2022). *Nation Office for the Promotion and Development of Quality of Life for Persons with Disabilities*. Retrieved June 30, 2020 from https://ecard.dep.go.th/nep_all/file/Stat2566/stat_Nov66.pdf. (in Thai)
- Najafpou, Z., Godarzi, Z., Arab, M. & Yaseri, M. (2019). Risk factors for falls in hospital in-patient: A prospective nested case control study. *Health Policy and Management*, 8(5), 300-306.
- Papol, A and Khlueinak, U. (2021). Instruments for assessing fall factors in aging. *EAU Hertage journal Sience and Technology*, 15(1), 11-20. (in Thai)
- Pruksawan, W., Kangeena, O., Panyainkaew, P., Ruedee, S. & Ponwiang, P. (2022). Development of clinical supervision model for prevention falls in hospitalized cancer patients. *The journal of Boromarajonani College of Nursing, Supanburi*, 5(1), 114. (in Thai)
- Santikul, P. (2014). *Social Science Research for Students and Social Welfare and Social Work Practitioners*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai)
- Tamee, R. (2018). Relationship between the selected factors and inpatient fall in private hospital. *Vajira Nursing Journal*, 20(1), 12-26. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2022). *Hospital and Healthcare Standards* (2nd printing). Bangkok: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Thongsumrit, D., & Meebunmak, Y., (2023). Effect of prevention program for the prevention of repeated falls in the elderly in Watphleng Distric, Ratchaburi Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 17(1) 58-70. (in Thai)
- van Rensburg, R. J., van der Merwe, A., & Crowley, T. (2020). Factors influencing patient falls in a private hospital group in the cape metropole of the western cape. *Health SA Gesondheid*, 25, 1392. doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1392
- Veterans General Hospital. (2022). *Risk Profile, Veterans Hospital Quality Development enter, 2019-2022*. Bangkok: Veterans General Hospital. (in Thai)
- Veterans General Hospital. (2022). *Annual Patient Statistics, Veterans Hospital Quality Development enter, 2019-2022*. Bangkok: Veterans General Hospital. (in Thai)
- Veterans Organization. (1967). *Act Veterans Organization, 1967 Volume 84, Chapter 126 Royal Gazette 28 December 1967*. Bangkok: Veterans Organization. (in Thai)
- Waewaram, S. (2017). Rehabilitation nursing care. *Nursing science Journal of Thailand*, 5(4), 4-10. (in Thai)
- Weycer. (2019). *Hospital Fall Data & Claims for Hospital Injuries 2019*. Retrieved November 22, 2019 from <https://weycerlawfirm.com/blog/hospital-fall-data-claims-for-hospital-injuries-2019/>.
- Wilairat, U. (2018). *A Development of Care Model for Patients with* (Master' Degree Thesis). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Falls*. Retrieved April 26, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls/>.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแล
และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
The Effects of a Self-Efficacy Promoting Program Using Digital Media on Caregiving
Preparedness and Role Strain among Caregivers of Intermediate-Care Patients

จิรัชยา จุลมนต์¹, อรรถวิทย์ จันทศิริ^{2*}

Jiratya Julamon¹, Utthawit Jansiri^{2*}

¹โรงพยาบาลสันทราย, ²คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

¹Sansai Hospital, ²McCormick Faculty of Nursing, Payap University

(Received: February 14, 2024; Revised: June 1, 2024; Accepted: June 3, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 ราย ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา และกลุ่มควบคุม 26 รายที่ได้รับการดูแลตามปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและสื่อดิจิทัลดำเนินการ 3 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square สถิติ Dependent t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการดูแลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยระยะกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โปรแกรมส่งเสริม ความพร้อมในการดูแล ผู้ดูแล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: utthawit_j@payap.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a self-efficacy promoting program by using digital media on caregiving preparedness and role strain among caregivers of intermediate-care patients. The samples consisted for 52 caregivers of intermediate-care patients, selected by inclusion criteria. They were equally assigned either into an experimental group or control group (26 per group). Whilst the subjects in the control group received standard care, those in the experimental group were undergoing a 3-week self-efficacy promoting program based on the conceptual framework of self-efficacy model. The data were collected between November 2023 and February 2024, inclusively. Data collection comprised demographic data as well as two questionnaires: one on readiness to provide care, and the other on caregiver's role strain. Content validity index of those instruments was 1.0, and reliability yielded .94 and .97, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, independent t-test and paired t-test. The results showed that:

1. After receiving the self-efficacy promoting program, the readiness to provide care of the experimental group increased significantly ($p\text{-value} < .001$), while the caregiver's role strain decreased significantly ($p\text{-value} < .001$).

2. In addition, the experimental group's readiness to provide care was significantly higher than that of the control group ($p\text{-value} < .001$), and a caregiver's role strain was significantly lower than that of the control group ($p\text{-value} < .001$).

Therefore, this self-efficacy promoting program can be used caregivers of Intermediate care patients for enhanced readiness to provide care and reduce the caregiver's role strain.

Keyword: Intermediate-Care Patients, Self-efficacy, Promoting Program, Caregiving Preparedness, Caregivers

บทนำ

ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermittent Care) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมอง การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง และผู้ป่วยภายหลังกระดูกหัก โดยเฉพาะผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ภายหลังอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (The Health Foundation, 2024) ปัจจุบันพบว่าการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก (World Stroke Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2560 - 2565 สูงขึ้นจาก 278.49 ในปี 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 และอัตราการเสียชีวิตจาก 11.02 ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 10.92 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2565 (Kaeowichian, Suthamchai, Chuenklin, Rungnoei, Girdwichai, & Pannarunothai, 2021) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยระยะกลางซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น มีอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สภาวะผู้ป่วยที่สมองได้รับความเสียหายซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย ความคิด ความจำ สติปัญญา มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร และสภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง นำไปสู่การขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (Rudberg, Berge, Laska, Jutterstrom, Nasman, Sunnerhagen, et al., 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำ

กิจกรรมประจำวันลดลง เช่น การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมภายในบ้าน รวมทั้งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อยึดติด ปอดอักเสบ และสูญเสียประสาทรับความรู้สึก อันส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Jovanovic, Dickov, Knezevic, Pejin, & Nikovic, 2023) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดและอยู่ในภาวะพึ่งพำน้อยลง

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันหรือเครือญาติที่มีความสัมพันธ์และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยมีระดับของการพึ่งพาอยู่ในระดับสูงมากขึ้นผู้ดูแลก็จะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น (Lobo, Abdelrazek, Grundy, Kensing, Livingston, Rasmussen, et al., 2021) ฉะนั้นหากผู้ดูแลมีความรู้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่วนผู้ดูแลมักจะเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง (Bakas, McCarthy, & Miller, 2022) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมถึงมีทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยที่จำกัดและการบริหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายและไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยเฉพาะการออกกำลังกาย การดูแลความสะอาด และการดูแลจิตใจผู้ป่วย (Muhrodji, Wicaksono, Satiti, Trisnantoro, Setyopranoto, & Vidyanti, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Chen, Xiao, Chamberlain, Newman, 2021) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ 4 กลยุทธ์ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การเรียนรู้โดยประสบการณ์หรือตัวแบบจากผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา และการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลของผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ดูแล เช่น การศึกษาของ Lalaloos, Thongthawee & Muengtawepong (2023) พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพด้วยโมบายแอปพลิเคชัน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล ($p\text{-value} < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนการสื่อสารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p\text{-value} < .05$) และจากการศึกษาของ Piyahirun, Kasiphol, & Prasertsong (2018) พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < .01$) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล อีกทั้งปัจจุบันสื่อดิจิทัลมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

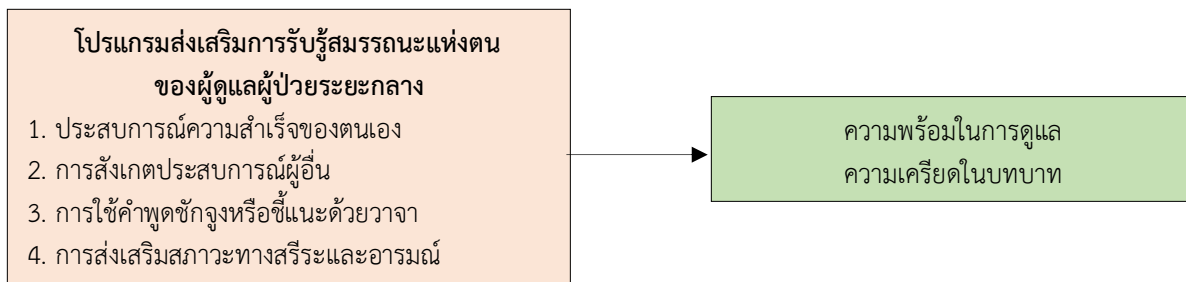
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านสื่อดิจิทัลต่อความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยระยะกลางที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ารับบทบาทใหม่อย่างกะทันหัน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่พร้อมในการดูแลและเกิดความเครียดกับบทบาทใหม่ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผ่านการเรียนรู้ 4 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive Mastery Experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่นที่จะประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกัน หรือได้เห็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง (Vicarious Experience) 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (Verbal Persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and Affective State) หากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีสมรรถนะในการมีพฤติกรรมก็จะมีคามอดทนและสามารถทำให้บรรลุผลพฤติกรรมนั้นได้ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups, Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นสภาระยะกลางที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นสภาระยะกลางที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ผู้ดูแลที่ไม่เคยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นสภาระยะกลางมาก่อน 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้ในการติดต่อสื่อสารได้ ส่วนผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารพื้นสภาระยะกลางตลอดระยะเวลา 14 วัน 2) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และ 3) ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแลหลัก

เกณฑ์การคัดออก ผู้ดูแลหลัก ได้แก่ 1) ไม่สามารถหาผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นประจำได้ 2) ผู้ดูแลวางแผนที่จะส่งผู้ป่วยไปอยู่ศูนย์พักฟื้น หรือจ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์พักฟื้น 3) ผู้ดูแลที่ได้รับเงินค่าจ้างเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และ 4) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด 14 วัน ส่วนผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน 2) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้ และ 3) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนด Test Family: t-test, Statistical test: Means: Difference between two independent means (two groups), one-tail กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ เท่ากับ .80 และค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 ส่วนค่าขนาดอิทธิพล ได้จากงานวิจัยใกล้เคียงของ Moonthee, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas (2016) เท่ากับ 1.06 จากนั้นผู้วิจัยปรับขนาดอิทธิพลเป็น .80 เพื่อให้สอดคล้องตามเกณฑ์ค่าอิทธิพลของ Cohen (1977) ซึ่งคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (Drop Out) จึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 52 ราย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ บทบาทในครอบครัว ระดับความรู้สึกตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และโรคประจำตัวหรือโรคร่วมอื่น ๆ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประวัติโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

1.3 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลของ Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ด้านร่างกาย อารมณ์ การหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการขอความช่วยเหลือ และข้อมูลที่เป็นจากโรงพยาบาล ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 32 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อย

1.4 แบบสอบถามความเครียดในบทบาท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเครียดในบทบาทของ Wirojratana (2002) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อเป็นการถามความรู้สึกในระหว่างดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลว่ามีผลกระทบทางลบต่อชีวิตหรือไม่ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 56 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้ดูแลมีความตึงเครียดในการดูแลเพิ่มขึ้นน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ ดำเนินการเป็นรายบุคคล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ คือ 1) ประสพการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล

เล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะกลางและการสาธิตฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง 2) การสังเกตประสบการณ์ผู้อื่นที่จะประสบผลสำเร็จ โดยการสังเกตพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยระยะกลางจากผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา โดยการกล่าวชมเชยและให้กำลังใจผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผ่านสื่อดิจิทัล การติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพและการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล

2.2 สื่อดิจิทัลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผู้วิจัยใช้คลังสื่อและช่องทางสนับสนุนระบบบริการบริหารพื้นที่ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีเนื้อหาวิดีโอที่ค้นช่องทาง YouTube และ QR Code

2.3 โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสื่อสารได้ เพื่อใช้เป็นช่องทางติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 3, 5 และ 7 ครั้งละ 15 - 20 นาที เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามความคงอยู่ของความพร้อมในการดูแลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ส่งผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน และนักกายบำบัดที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI] เท่ากับ 1.0)

การตรวจสอบความเที่ยงตรง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลและแบบสอบถามความเครียดในบทบาท มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .94 และ .97 ตามลำดับ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย (Gunawan, Marzilli, & Aungsuroch, 2021) สำหรับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำไปศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย พบว่า โปรแกรมฯ มีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อผ่านการรับรองแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดตามช่วงเดือน ซึ่งเริ่มจากกลุ่มควบคุมเมื่อครบตามจำนวนที่กำหนดได้ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันปัจจัยภายนอกจากการถ่ายทอดสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (Diffusion of Treatment)

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมผู้วิจัยดำเนินการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นทดลอง

4. กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวันที่ 1 ถึง 1 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 - 2 ดำเนินการตลอดระยะเวลา 14 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 ภายหลังจากเข้ารับการรักษา กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน

ความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงความรู้สึกและความคิดเห็นในการเป็นผู้ดูแล

วันที่ 2 - 14 ภายหลังเข้ารับการรักษา กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ดูแล คลังสื่อและช่องทางสนับสนุนระบบบริการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ใช้เวลาประมาณ 1 - 2 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 13 ครั้ง อย่างต่อเนื่องทุกวัน ได้แก่ การสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางและให้กำลังใจ การดูแลความสะอาดและสุขอนามัยของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วย การดูแลจิตใจผู้ป่วยและผู้ดูแล การฟื้นฟูทักษะผู้ป่วยและการออกกำลังกาย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการฟื้นฟูและสิทธิสำหรับผู้ดูแล รวมถึงการใช้อุปกรณ์และการดัดแปลงอุปกรณ์ในบ้านสำหรับผู้ดูแล

วันที่ 14 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยทบทวนและสรุปเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและแนะนำช่องทางติดต่อกับผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ในวันที่ 3, 5 และ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุน กระตุ้น และติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 15 - 20 นาทีต่อครั้ง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และในวันที่ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อดำเนินการกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม (Post-test) จากนั้นแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 โดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม (Pre-test) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ขั้นหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 7 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ผู้วิจัยทำการประเมินความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาท (Post-test) จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผ่านทางโทรศัพท์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับตัวแปรช่วงมาตรา (Interval Scale) และระดับอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) ใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) หรือสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) สำหรับตัวแปรระดับนามมาตรา (Nominal Scale) และอันดับมาตรา (Ordinal Scale)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Dependent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองไม่เป็นอิสระต่อกัน ($p\text{-value} > .05$) 2) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/ Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 1.16 ถึง 1.48 และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยคำนวณ Skewness/Standard Error และ Kurtosis/Standard Error มีค่าอยู่ระหว่าง 0.11 ถึง 1.06 2) ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา 3) กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากกลุ่มประชากร 4) ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดมีเท่ากัน และ 5) ความแปรปรวนของกลุ่มประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน ($p\text{-value} > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับรองจริยธรรม เลขที่ NKP. No. 169/66 เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 สำหรับกลุ่มควบคุมภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.775 ^b
ชาย	16	61.54	17	65.39	
หญิง	10	38.46	9	34.61	
อายุ (Mean=66.81, SD=15.04)					.602 ^a
น้อยกว่า 60 ปี	2	7.69	5	19.24	
60 - 69 ปี	9	34.62	9	34.62	
มากกว่า 70 ปี	15	57.69	12	46.14	
อาชีพ					.284 ^a
เกษตรกร	5	19.24	5	19.24	
ค้าขาย/ธุรกิจ	2	7.69	6	23.08	
รับจ้าง	4	15.39	6	23.08	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	57.69	9	34.62	
บทบาทครอบครัว					.500 ^b
หัวหน้าครอบครัว	21	80.77	20	76.92	
สมาชิกครอบครัว	5	19.23	6	23.08	
Glasgow Coma Scale					.272 ^a
น้อยกว่า 8	2	7.69	3	11.54	
9 - 12	9	34.62	4	15.38	
13 - 15	15	57.69	19	73.08	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index)					.932 ^a
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ (0 - 4 คะแนน)	4	15.38	5	19.23	
พึ่งพาปานกลาง (5 - 11 คะแนน)	17	65.39	16	61.54	
ไม่เป็นการพึ่งพา (12 - 20 คะแนน)	5	19.23	5	19.23	

^aChi-Square Test, ^bFisher's Exact Test

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 61.54 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 57.69 เป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 80.77 Glasgow Coma Scale (GCS) ระหว่าง 13 - 15 ร้อยละ 57.69 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 65.39 ส่วนกลุ่มควบคุมเพศชาย ร้อยละ 65.39 อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.14 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 34.62 เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 53.85 GCS ระหว่าง 13 - 15 ร้อยละ 73.08 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 61.54 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีแตกต่างกัน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.754 ^b
ชาย	7	26.92	6	23.08	
หญิง	19	73.08	20	76.92	
อายุ (M=50.12, SD=13.82)					.244 ^a
น้อยกว่า 50 ปี	11	42.31	11	42.31	
51 - 60 ปี	9	34.62	8	30.77	
มากกว่า 60 ปี	6	23.08	7	26.92	
สถานภาพสมรส					.818 ^b
คู่	6	23.08	5	19.23	
โสด	17	65.38	19	73.08	
หม้าย/หย่าร้าง	3	11.54	2	7.69	
ระดับการศึกษา					.742 ^b
ประถมศึกษา	9	34.62	10	38.45	
มัธยมศึกษา	6	23.08	8	30.78	
ปวช./ปวส.	6	23.08	6	23.08	
ระดับปริญญาตรีขึ้นไป	5	19.23	2	7.69	
อาชีพ					.684 ^a
เกษตรกร	5	19.23	5	19.23	
รับจ้าง	5	19.23	6	23.08	
ค้าขาย/ธุรกิจ	16	61.54	15	57.69	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (Mean=14,250.00, SD=7,231.80)					.672 ^a
ต่ำกว่า 10,000 บาท	10	38.46	12	46.15	
10,001 - 15,000 บาท	4	15.38	6	23.08	
15,000 - 20,000 บาท	8	30.78	6	23.08	
มากกว่า 20,000 บาท	4	15.38	2	7.69	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					.688 ^a
สามี/ภรรยา	6	23.08	7	26.92	
บุตร	15	57.69	12	46.15	
พี่น้อง	5	19.23	7	26.92	

^aChi-Square test, ^bFisher's Exact test

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.08 อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 42.31 สถานภาพโสด ร้อยละ 56.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.62 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 61.54 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 38.46 เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 57.69

ส่วนผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.92 อายุน้อยกว่า 50 ปี ร้อยละ 42.31 สถานภาพโสด ร้อยละ 73.08 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.45 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 57.69 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 46.15 เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 53.85 ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$)

3. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ($n = 52$) โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Dependent t-test)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความพร้อมในการดูแล					
กลุ่มทดลอง (n = 26)					
ก่อนการทดลอง	3.19	3.12	-39.36	25	<.001
หลังการทดลอง	27.15	2.98			
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล					
กลุ่มทดลอง (n = 26)					
ก่อนการทดลอง	45.92	3.70	33.39	25	<.001
หลังการทดลอง	17.15	2.62			

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลหลังการทดลอง ($M = 27.15$, $SD = 2.98$; $M = 16.46$, $SD = 4.13$ ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.19$, $SD = 3.12$; $M = 5.12$, $SD = 3.88$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลหลังการทดลอง ($M = 17.15$, $SD = 2.62$; $M = 33.62$, $SD = 3.66$ ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 45.92$, $SD = 3.70$; $M = 42.15$, $SD = 5.13$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการดูแลและความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลาง ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 52$) โดยใช้สถิติ Independent t-test)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความพร้อมในการดูแล					
กลุ่มทดลอง	27.15	2.98	-10.71	50	<.001
กลุ่มควบคุม	16.46	4.13			
ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล					
กลุ่มทดลอง	17.15	2.62	18.67	50	<.001
กลุ่มควบคุม	33.62	3.66			

จากตาราง 4 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลอง ($M = 27.15, SD = 2.98$) มีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 16.46, SD = 4.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และกลุ่มทดลอง ($M = 17.15, SD = 2.62$) มีความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 33.62, SD = 3.66$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ความพร้อมในการดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีความพร้อมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดورا Bandura (1997) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 4 กลยุทธ์ (Bandura, 2001) โดยการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในวันที่ 3, 5, 7 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกระตุ้นให้เกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และติดตามความคงอยู่ของความพร้อมในการดูแลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความพร้อมในการดูแลผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Katetanee, Pongwilai, Chanthadech, Duangmartpol, & Yota (2023) พบว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดุกข้อสะโพกหัก มีความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันผลกดทับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ Panthong, Wattanaburanon, Abdullakasim & Chotigawin (2023) พบว่า การให้โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการและปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Bandura, 2001) โดยการส่งเสริมสถานะทางสรีระและอารมณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าถึงประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ให้ความรู้ การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้เกิดทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะกลางด้วยตนเอง รวมทั้งการใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะ และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ดูแล อันนำไปสู่ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลลดลงได้ (Phongtankuel, Moxley, Reid, Adelman, & Czaja, 2022) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lalaloes, Thongthawee & Muengtawepongsa (2023) พบว่า การให้ความรู้ผู้ดูแล การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนนัดหมายตรวจเยี่ยม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการศึกษาของ Ko, Wongvibul, Rose, & Jun (2023) พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ส่งผลทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง และจากการศึกษาของ Leung, Chan, Chiu, Lo, & Lee (2020) พบว่า การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การนำผลวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการแพทย์สามารถประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับผู้ดูแล
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำรูปแบบของโปรแกรมนี้นี้มาเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแลและลดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิต อัตราการเข้ารับการกลับเข้าตลออดจนการติดตามประเมินผลโปรแกรมในระยะยาว เช่น 3, 6 หรือ 12 เดือน

References

- Bakas, T., McCarthy, M. J., & Miller, E. L. (2022). Systematic review of the evidence for stroke family caregiver and dyad interventions. *Stroke*, 53(6), 2093–2102. doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.034090
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Chen, L., Xiao, L. D., Chamberlain, D., & Newman, P. (2021). Enablers and barriers in hospital-to-home transitional care for stroke survivors and caregivers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 30(19), 2786–2807. doi.org/10.1111/jocn.15807
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns & Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (8th Ed.). New York, St. Louis.
- Gunawan, J., Marzilli, C., & Aungsuroch, Y. (2021). Establishing appropriate sample size for developing and validating a questionnaire in nursing research. *Belitung Nursing Journal*, 7(5), 356–60. doi:10.33546/bnj.1927
- Jovanovic, A., Dickov, A., Knezevic, V., Pejin, R., & Nikovic, J. (2023). Quality of life in patients after stroke. *Experimental and Applied Biomedical Research*, 61(1). 101-108.
- Kaeowichian, N., Suthamchai, B., Chuenklin, T., Rungnoei, N., Girdwichai, W., & Pannarunothai, S. (2021). Intermediate care policy in Thailand: What should be done. *Journal of Health Science of Thailand*, 30(5), 894–906. (in Thai)
- Katetanee, R., Pongwilai, J., Chanthadech, K., Duangmartpol, K., & Yota, W. (2023). Effect of self-efficacy program in caregiver's pressure ulcer for elderly patient with hip fracture at Maha Sarakham hospital. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 7(14), 64-80. (in Thai)
- Ko, E., Wongvibul, T., Rose, K., & Jun, J. (2023). The effects of self-guided interventions on stress, burden, and mental health in caregivers of people living with dementia: A systematic review. *Innovation in Aging*, 7(1), 1-23. doi.org/10.1093/geroni/igad104.2219

- Lalaloos, P., Thongthawee, B., & Muengtaweepongsa S. (2023). The effects of a caregiver self-efficacy promoting program in rehabilitation combined with use of a mobile application on self-efficacy of caregivers and aphasia of stroke patients. *Nursing Journal CMU*, 50(2), 14-26. (in Thai)
- Leung, D. Y. P., Chan, H. Y. L., Chiu, P. K. C., Lo, R. S. K., & Lee, L. L. Y. (2020). Source of social support and caregiving self-efficacy on caregiver burden and patient's quality of life: A path analysis on patients with palliative care needs and their caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1-13. doi.org/10.3390/ijerph17155457
- Lobo, E. H., Abdelrazek, M., Grundy, J., Kensing, F., Livingston, P. M., Rasmussen, L. J. et al. (2021). Caregiver engagement in stroke care: Opportunities and challenges in Australia and Denmark. *Frontiers in Public Health*, 26(9), 1-15. doi.org/10.3389/fpubh.2021.758808
- Moonthee, W., Monkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Impact of transitional care program and family caregiver on stroke patients; routine activity performance, complication and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(1), 95-110. (in Thai)
- Muhrodji, P., Wicaksono, H. D., Satiti, S., Trisnantoro, L., Setyopranoto, I., Vidyanti, A. N. (2022). Roles and problems of stroke caregivers: A qualitative study in Yogyakarta, Indonesia. *F1000Research*, 10(38), 1-24. doi.org/10.12688/f1000research.52135.2
- Panthong, W., Wattanaburanon, A., Abdullakasim, P., & Chotigawin, R. (2023). Effectiveness of a self-efficacy program on knowledge, practices and expectations on elderly care in relation to physical therapy of caregivers in Tambon Takasem, Meuang district, Sa kaeo province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 33(2), 71-84. (in Thai)
- Phongtankuel, V., Moxley, J., Reid, M.C., Adelman, R. D., & Czaja, S. J. (2022). The relationship of caregiver self-efficacy to caregiver outcomes: A correlation and mediation analysis. *Aging & mental health*, 27(7), 1322-1328. doi.org/10.1080/13607863.2022.2118666
- Piyahirun, C., Kasiphol, T., & Prasertsong, C. (2018). Effects of a self-efficacy promotion program for stroke caregivers. *HCU Journal*, 22(43), 130-142. (in Thai)
- Rudberg, A. S., Berge, E., Laska, A. C., Jutterstrom, S., Nasman, P., Sunnerhagen, K. S., et al. (2020). Stroke survivors' priorities for research related to life after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(2), 153-158. doi.org/10.1080/10749357.2020.1789829
- The Health Foundation. (2024). *The Challenges and Potential of Intermediate Care*. Retrieved April 7, 2024 from <https://www.health.org.uk>.
- Wirojratana V. (2002). *Development of the Thai Family Care Inventory* [Doctoral dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University.
- World Stroke Organization. (2023). *About Stroke*. Retrieved November 7, 2022 from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke>.

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
Comparison of Relationship Between Health Belief Model and Cervical
Cancer Screening Among Women Aged 30-60 years
in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province

พิทยารัตน์ จิกยong¹, นกชา สิงห์วีระธรรม^{1*}, สีนินาฏ ขาวตระการ¹
Pittayarat Jikyong¹, Noppcha Singweratham^{1*}, Sineenar Chautrakarn¹

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Faculty of Public Health, Chiang Mai University

(Received: February 20, 2024; Revised: May 11, 2024; Accepted: May 26, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 396 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 - 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .853 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Chi - square ผลการวิจัยพบว่า

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.58$, $SD = 11.8$)

2. การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p\text{-value} = .005$ และ $.008$ ตามลำดับ)

จากผลการศึกษา พบว่าการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรเน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และความรุนแรงของโรค เพื่อเป็นการตรวจพบโรคในระยะเบื้องต้นและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@cmu.ac.th)

Abstract

This is cross-sectional study to investigate association between health belief model and cervical cancer screening among women Aged 30-60 years in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province. A total of 396 women aged 30-60 years who registered in civil registration in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province were recruited using multi-stage sampling. A Self-created questionnaire was used for collecting data. The questionnaire was validated by 3 experts and tested for reliability with the Cronbach's alpha of 0.853. Descriptive statistical analyzed was used and reported as frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Chi - square was used for Inferential statistic. This study found that

1. Health belief patterns in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers presented similarly at moderate level. ($M=144.58$, $SD=11.8$)

2. The perception of severity and perception of the benefits of cervical cancer screening were statistically significant associated with receiving cervical cancer screening. ($p\text{-value}=0.005$ and 0.008 respectively).

Based on the study's result, Promotion of cervical cancer screening should emphasize public relations that raise awareness of the benefits and seriousness of the disease which results in detecting the disease in its early stages and reducing the death rate from cervical cancer.

Keywords: Health Belief Model, Screening, Cervical Cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก (World Health Organization, 2023) ในปี พ.ศ.2563 ผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกมีจำนวน 604,127 คน และผู้หญิงเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกมีจำนวน 341,831 คน (Ginsburg, Lauby-Secretan, Arbyn, Basu, Bray, & Vaccarella, 2023) มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ (Human papillomaviruses: HPV) ชนิดที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ก่อมะเร็งปากมดลูก (Castellsague, 2008) ประมาณร้อยละ 90 มักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกและทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี การไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์หลายครั้งหรือการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี การใช้ยาคุมกำเนิด รวมถึงผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากถึง 6 เท่า (Delam, Istanbul, Bazrafshan, & Eidi, 2020) ปี ค.ศ.2100 องค์การอนามัยโลกมีนโยบายให้มีการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรักษาอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ให้น้อยกว่า 4 รายต่อผู้หญิง 100,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 70 ของผู้หญิง ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ เมื่ออายุ 35 ปี และคัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี (World Health Organization, 2020) เพื่อลดอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูก

ในประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 13.8 (National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 - 2564 จำนวน 272 ราย, 245 ราย, 283 ราย, 182 ราย และ 225 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 คนต่อปี (National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,238 คนต่อปี (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2019) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบ

เมื่อระยะของโรคมีเรื้อรังนั้นได้เข้าสู่ในระยะลุกลามแล้ว การรักษาจึงเป็นไปได้ยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและครอบครัวตามมาอย่างมากมาย สำหรับประเทศไทยมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ตรวจในสตรีช่วงอายุ 30 - 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา สามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ อย่างน้อย 1 ครั้งในทุก ๆ 5 ปี (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2017) ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคน และเมื่อตรวจพบความผิดปกติก็สามารถส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ถึงแม้การรณรงค์ให้หญิงไทยอายุ 30 - 60 ปี เข้าร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมากมาย ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 63.75 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และพบอัตราป่วยด้วยโรคมีเรื้อรังปากมดลูกของประชากรหญิงอายุ 30 - 60 ปีของอำเภอเมืองเชียงใหม่ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2564 - 2566 มีอุบัติการณ์ 179.18, 258.93 และ 245.64 ต่อประชากรแสนคน จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาคือปี พ.ศ. 2562 - 2566 คิดเป็นร้อยละ 17.82, ร้อยละ 28.83, ร้อยละ 16.11, ร้อยละ 26.62 และ ร้อยละ 38.2 ตามลำดับ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งพบว่าผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิง อายุ 30 - 60 ปี ยังไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าส่วนใหญ่ตัวแปรที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ที่สามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีเรื้อรังปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมีเรื้อรังปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมีเรื้อรังปากมดลูก (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974)

จากปัญหาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 60 ปี ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2562 - 2566 พบว่าการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายยังไม่บรรลุตามเป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่กำหนดไว้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาในเรื่องนี้ และยังขาดข้อมูลที่ใช้เป็นในการวางแผนเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนางานการควบคุมป้องกันโรคมีเรื้อรังปากมดลูก อันจะเป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ดี ในการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมีเรื้อรังปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมีเรื้อรังปากมดลูกได้

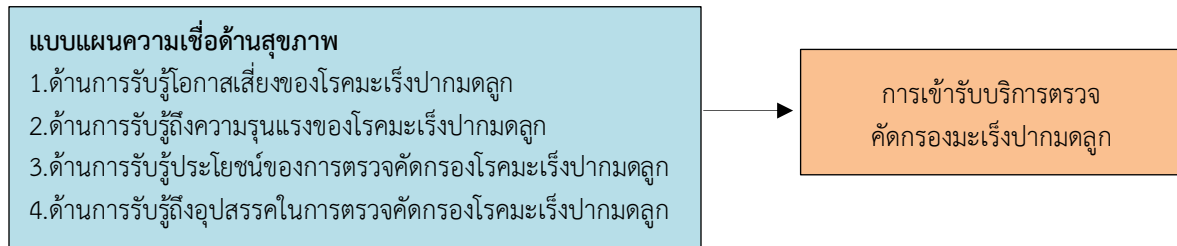
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker, Drachman, & Kirscht (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยองค์ประกอบที่ใช้ในอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีเรื้อรังปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีเรื้อรังปากมดลูก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจ

คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีไทยอายุ 30 - 60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ของอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 29,444 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีไทย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies โดยแทนค่าในสูตร Estimating A Finite Population Proportion กรณีทราบประชากรที่แน่นอน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 379 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 417 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีประวัติการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ การศึกษานี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มคัดเลือกพื้นที่ คัดเลือกตำบลในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสุ่มแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling Without Replacement) และเลือก รพ.สต. ที่อยู่ในตำบลนั้น ได้ จำนวน 6 ตำบล จาก 16 ตำบล ของอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล โดยคำนวณจากจำนวนประชากรสตรีอายุ 30 - 60 ปี และคิดเป็นสัดส่วนเพื่อคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่รายละเอียด ดังตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลเป็นสัดส่วนเดียวกับประชากรในแต่ละตำบล

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลเป็นสัดส่วนเดียวกับประชากรในแต่ละตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร	การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ป่าแดด	1,014	$1,014 \times 417 / 29,444$	37
หนองหอย	2,119	$2,119 \times 417 / 29,444$	77
ช้างเผือก	1,982	$1,982 \times 417 / 29,444$	72
แม่เหียะ	2,347	$2,347 \times 417 / 29,444$	85
สันผีเสื้อ	2,568	$2,568 \times 417 / 29,444$	92
ฟ้าฮ่าม	1,518	$1,518 \times 417 / 29,444$	55
รวม	29,444		417

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้ 1) โดยเรียงลำดับบัญชีรายชื่อประชากรสตรีอายุ 30 - 60 ปี ของแต่ละตำบล อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2) นำจำนวนประชากร 30 - 60 ปี ของแต่ละพื้นที่หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ 3) นำตัวเลขที่ได้มาทำผลาก และสุ่มหยิบตัวเลขขึ้นมา 1 หมายเลขจากจำนวนผลากที่ทำ 4) คัดเลือกรายชื่อตามลำดับที่หยิบผลากมาได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 417 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker, Drachman, & Kirscht (1974) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การมีบุตร การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เหตุผลที่ท่านเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เหตุผลที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ มากที่สุดได้ 1 คะแนน มากได้ 2 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 4 คะแนน น้อยที่สุดได้ 5 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ทั้งนี้หากพบระดับคะแนนที่น้อยในบางกลุ่ม จะพิจารณารวมคะแนนดังกล่าวไว้ด้วยกันโดยมีการจัดกลุ่ม ดังนี้

การแปลผลคะแนนภาพรวม แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	40.00 - 93.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	93.34 - 146.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	146.68 - 200	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายด้าน แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	10.00 - 23.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	23.34 - 36.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	36.68 - 50.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายข้อ แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เมื่อผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเสร็จ และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ส่งไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

ผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 คน โดยเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับสตรีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี ตำบลชมพู อำเภอสарภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของข้อคำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84, .89, .80 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึง สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยรวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

2. ผู้ทำวิจัยทำการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากแต่ละตำบล ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 417 คน

3. ติดต่อประสานงานผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละตำบล ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประชุมและทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อลดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูล และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อได้รับความยินยอมจึงเก็บข้อมูล จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

4. ผู้วิจัยให้รายชื่อสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในแต่ละตำบล อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ กับผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำการเก็บตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้แต่ละบ้าน โดยผู้ช่วยวิจัยได้ทำการชี้แจงให้แก่สตรีอายุ 30 - 60 ปี แต่ละตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม โดยการชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียด ของโครงการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และการแจ้งสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

5. นำแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้ทำ มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และลงรหัสตามตัวแปร ที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมากำหนดรหัส เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistic) เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi - square

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET052/2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่ อายุ 55 - 60 ปี (ร้อยละ 26.50) มีสถานภาพเป็นคู่ (ร้อยละ 61.10) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.70) ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 26.30) ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 27.80) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 37.40) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.30) ในกลุ่มสตรีที่มีโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.40) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 74.00 และร้อยละ 96.00 ตามลำดับ และออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที (ร้อยละ 56.30)

ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 54.80) ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 63.60) มีวิธีการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 40.30) เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 66.70) สตรีที่เคยตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกช่วงอายุ 21 - 34 ปี (ร้อยละ 68.90) สตรีส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 97.00) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 92.20) กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 91.40) ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 25.70)

2. การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (n = 396)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD	การแปลผล
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม	144.58	11.8	ปานกลาง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน			
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	37.87	4.99	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	36.59	3.96	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	35.88	2.91	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	34.22	4.18	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.58$, $SD = 11.8$) สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ($M = 37.87$, $SD = 4.99$) ส่วนด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ($M = 34.22$, $SD = 4.18$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (n = 396)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ประวัติการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		p-value
		เคย	ไม่เคย	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง				
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ	172 (43.43)	89 (51.74)	83 (48.26)	.285
ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)				
ระดับสูง (36.68 - 50.00)	224 (56.57)	128 (57.14)	96 (42.86)	
ด้านการรับรู้ความรุนแรง				
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ	204 (51.52)	98 (48.04)	106 (51.96)	.005
ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)				
ระดับสูง (36.68 - 50.00)	192 (48.48)	119 (61.98)	73 (38.02)	
ด้านการรับรู้ประโยชน์				
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ	260 (65.66)	130 (50.00)	130 (50.00)	.008
ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)				
ระดับสูง (36.68 - 50.00)	136 (34.34)	87 (63.97)	49 (36.03)	
ด้านการรับรู้อุปสรรค				
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ	299 (75.51)	157 (52.51)	142 (47.49)	.108
ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)				
ระดับสูง (36.68 - 50.00)	97 (24.49)	60 (61.86)	37 (38.14)	

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} = .005$) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} = .008$)

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี มีการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 69.90 มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จึงทำให้ระดับการรับรู้ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนถึงแนวโน้มการนำไปสู่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยลงของกลุ่มเป้าหมายในอนาคตได้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอาจจะไม่สามารถเข้าใจถึงโอกาสการเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองที่ไม่เพียงพอให้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จึงให้ความตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกและให้ความสำคัญกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังพบที่มีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับสูงในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (Sueatuean, Oba, & Hanrungharotorn, 2019) ทั้งนี้อาจเกิดจากการส่งเสริม

ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสร้างความตระหนักต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ทั้งระดับสูงและปานกลาง ขึ้นอยู่กับการส่งเสริมการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ทั้งการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการรับรู้ต่ออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นอย่างเพียงพอต่อกลุ่มตัวอย่าง อาจเพราะในปัจจุบันโรคมะเร็งปากมดลูกตรวจพบได้มากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ และยังมีผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมาก หากได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มและเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งระยะเริ่มแรกได้ ส่งผลต่อการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ลดการเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกับนโยบายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) เพื่อกำจัดมะเร็งปากมดลูกที่เป็นปัญหาสาธารณสุขภายในปี ค.ศ.2100 ทุกประเทศต้องเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรักษาอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ให้น้อยกว่า 4 รายต่อ ผู้หญิง 100,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 70 ของผู้หญิงต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ เมื่ออายุ 35 ปี และคัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี เพื่อลดอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 396 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 217 คน คิดเป็นความชุกของการเคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 54.8 อาจเนื่องจากการศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ซึ่งมีสถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวนมาก จึงทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งได้ง่ายมากขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 288 คน คิดความชุกของการเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นร้อยละ 75.79 อาจเนื่องมาจากสถานที่การศึกษาเป็นเขตพื้นที่อยู่ในอำเภอเมืองที่มีสถานพยาบาลเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน และในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .005$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายของอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงของกลุ่มเป้าหมายทั้งสองการศึกษา เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำและปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (Seekud, 2021) และ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ (Rungruang & Duangsong, 2018) ที่ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$ และ $p\text{-value} = 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.008$) สอดคล้องกับการศึกษาอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (Sueatuean, Oba, & Hanruncharotorn, 2009) อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) และ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (Seekud, 2021) รวมทั้งส่งผลต่อความรู้ เจตคติ และการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก (Sarakshetrin, Chantra, Heetakson, Tuwasin, Singwerathan, & Charoenchit, 2018) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีผลการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก จึงเกิดความกังวลหรือกลัวที่ตนเองจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และเห็นประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงมีความต้องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Amnatsatsue, 2011)

ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมามา ดังนั้นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เข้ามาพิจารณาในการดำเนินงานมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือการประชาสัมพันธ์ให้เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นควรเน้นให้บุคลากรสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ความสำคัญในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น เช่น การเพิ่มพูนความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นกระบอกเสียงในการชักจูงและโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับว่าตรวจเพิ่มมากขึ้น หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในตัวแปรอื่น ๆ หรือพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

References

- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick role behavior in low income populations. *American Journal of Public Health*, 64(3), 205-216.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. New Jersey:Prentice Hall, Inc.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. (2016). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Castellsague X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 110(3 Suppl 2), S4-S7.
- Chiangmai Provincial Public Health Office. (2023). *Comparative indicators report of cervical cancer patients for February 2023*. Chiangmai: Chiangmai Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Delam, H., Izanloo, S., Bazrafshan, M. R., & Eidi, A. (2020). Risk factors for cervical cancer: An epidemiological review. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 8(3), 105-109.
- Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., & Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet. Global Health*, 11(2), e197–e206. doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0
- Juntwon, N., Tridech, P., Siri, S. & Tridech, C. (2016). Factors related to receive cervical cancer screening service among women aged 30-60 years in mueang district, Pathumtani province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 28(1), 63–79. (in Thai)
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Hospital-Based Cancer Registry 2021*. Bangkok: Medical Digital Division National Cancer Institute. (in Thai)
- National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Cancer in Thailand Vol.X 2016-2018*. Bangkok: Medical Digital Division National Cancer Institute. (in Thai)
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S. & Amnatsatsue, K. (2011). *Health Promotion and disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice*. Bangkok: Klungnana Vitthaya Press; 2011. (In Thai)
- Rungruang, P. & Duangsong. R. (2018). Factors associated with cervical cancer screening service among women aged 30-60 years in a sub-district of mueang district, Kalasin Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(1), 48-55. (in Thai)
- Sarakshetrin, A., Chantira, R., Heetakson, C., Tuwasin, N., Singwerathan, N., & Charoenchit, L. (2018). Effects of a health education program regarding cervical cancer on knowledge, attitude, and human papilloma virus (HPV) vaccination among grade 5th schoolgirls in Suratthani province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 1-12. (in Thai)
- Seekud, P. (2021). Factors related to cervical cancer screening service among women risk group, Ban Mai sub-district, mueang district, Nakhon Ratchasima province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 36(1), 37-47. (in Thai)
- Sueatuean S., Oba, N., & Hanruncharotorn, U. (2019). Factors predicting cervical cancer preventive behavior among women not getting cervical cancer screening. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(3), 80-93. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Global Strategy to Accelerate The Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem*. Geneva: The Organization.
- World Health Organization. (2023). *Cervical Cancer, November 17, 2023*. Geneva: World Health Organization.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจ
ในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด
The Effects of a Nurse Support Program on Blood Loss Volume and Service Satisfaction
among Mothers with a Risk of Postpartum Hemorrhage (PPH)

อำพันธ์ ศรีเรือง¹, ศศิกานต์ กาละ^{2*}, ผกาวัลย์ หนูมาก², นรานุช สันธิติการย์¹
Ampan Sriruang¹, Sasikarn Kala^{2*}, Phakawan Noomak², Naranuch Santhitikan¹
¹โรงพยาบาลหาดใหญ่, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
¹Hatyai Hospital, ²Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

(Received: November 27, 2023; Revised: June 4, 2024; Accepted: June 12, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีปัจจัยเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด มีจำนวน 60 ราย รับไว้ในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม - พฤศจิกายน 2566 โดยแบ่งเป็น กลุ่มควบคุม (30 ราย) และกลุ่มทดลอง (30 ราย) ดำเนินการในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วเสร็จจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ส่วนคือ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 1.1) เอกสารให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 1.2) สื่อโมเดลเรียนรู้การหดตัวของมดลูก 2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลองคือ แบบบันทึกการคลั่งมดลูกของมารดาหลังคลอด และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3.2) แบบประเมินความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด 3.3) แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด 2-8 ชั่วโมงแรก 3.4) แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดหลัง 8-24 ชั่วโมงแรก และ 3.5) แบบประเมินความพึงพอใจในการบริการ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสถิติแมนวิทนียูเทส ผลการวิจัยพบว่า

มารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลมีปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดระยะ 2 - 8 ชั่วโมง และระยะหลัง 8 - 24 ชั่วโมง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.681, p\text{-value} < .001$) และ ($Z = -2.818, p\text{-value} < .001$) ตามลำดับ และความพึงพอใจของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาล สามารถช่วยป้องกันตกเลือดของมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยง จึงควรนำไปใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนของพยาบาล การป้องกันตกเลือดหลังคลอด การสูญเสียเลือด มารดาเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasikarn.k89@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the effects of a nurse support program on blood loss volume with a risk of postpartum hemorrhage (PPH) and service satisfaction of mothers. The samples consisted of 60 postpartum mothers who had a vaginal birth, were at risk for postpartum hemorrhage, and were admitted to the postpartum ward in Hatyai hospital. The samples who met the research inclusion criteria were recruited for the study from August to November 2023. They were assigned into a control group (30 subjects) and an intervention group (30 subjects). To prevent data contamination, firstly, data were gathered in the control group who received usual nursing care. Then the nurse support program was provided in the intervention group. The research instruments consisted of 3 parts: 1) the intervention instruments consisted of 1.1) the nurse support program and 1.2) the learning model of uterine contraction. 2) the experimental-control instrument was a self-recording form for uterine massage, and 3) the data collection instruments comprised 5 forms: 3.1) the personal data 3.2) the risk assessment for PPH 3.3) the recording of blood loss volume at 2-8 hours postpartum 3.4) the recording of blood loss volume at 8-24 hours postpartum, and 3.5) the service satisfaction assessment form, examined for content validity by 3 experts, yielding a content validity of .89. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and Mann-Whitney U test.

The results showed that the mothers at risk for PPH who received the nurse support program had blood loss volume at 2-8 and after 8-24 hours postpartum significantly lower than the control group ($Z = -4.681, p < .001$) and ($Z = -2.818, p < .001$), respectively. The service satisfaction of the mothers at risk for PPH who received the nurse support program was at its highest level. The results show the nurse support program can prevent PPH in mothers at risk for PPH.

Therefore, the program should be provided for postpartum mothers.

Keyword: Nurse Support Program, Prevention of PPH, Blood Loss, Maternal Risk of PPH, Satisfaction

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดถือเป็นภาวะวิกฤต แทรกซ้อนของการคลอดที่เป็นอันตรายและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลก จากข้อมูลพบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการตกเลือดหลังคลอดสูงถึง 211 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย (World Health Organization [WHO], 2022) และจากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีอัตราการตายของมารดาในประเทศไทย 25.86 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย และในเขตสุขภาพที่ 12 พบว่ามีอัตราการตายของมารดา 37.94 ราย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ซึ่งพบว่ามีมารดาเสียชีวิตทั้งหมด 21 ราย โดยสาเหตุเกิดจากการตกเลือด 2 รายนับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาอันดับที่ 3 รองจากโรคโควิด-19 และภาวะน้ำคร่ำอุดตันหลอดเลือด (Anamai Data Center, 2022) นอกจากนี้มีข้อมูลจากสถิติเวชระเบียนหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า ภาวะตกเลือดของมารดาหลังคลอดทั้งที่ได้รับการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 0.4, 0.26 และ 0.22 ตามลำดับ และจากการวิเคราะห์ข้อมูลของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 7 ราย พบว่ามีมารดาทุกรายมีภาวะตกเลือดภายในระยะเวลา 8 ชั่วโมงหลังคลอดและสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่มดลูกหดตัวไม่ดีจำนวน 5 รายคิดเป็นร้อยละ 71.4 จากสาเหตุการตกเลือดทั้งหมด

แม้ว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอดของหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ ยังอยู่ในเกณฑ์ชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือไม่เกินร้อยละ 5 แต่ผลกระทบจากภาวะตกเลือดมีความรุนแรงต่อสุขภาพและชีวิตของมารดาบางรายมีการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายขาดออกซิเจนและเสียชีวิต โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กลุ่มอาการชีแฮน (Sheehan's Syndrome) โลหิตจางรุนแรง ช็อก ต้องตัดมดลูก ทพพลภาพ และเสียชีวิต (Eiamcharoen, 2017) ดังนั้นการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยประเมินจากปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดเพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงจึงมีความสำคัญ

ปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4Ts) ได้แก่ 1) มดลูกหดตัวไม่ดี (Tone) 2) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Trauma) 3) การมีเศษรกเนื้อเยื่อหรือรกค้าง (Tissue) และ 4) ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) สาเหตุเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งที่คาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ พบมากที่สุด เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine Atony) คิดเป็นร้อยละ 70 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดีที่สามารถคาดการณ์ได้ ได้แก่ ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium Sulfate) กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไปในรายที่ผ่านการคลอดหลายครั้ง (Grand Multiparity) ทารกตัวโต (Macrosomia) ครรภ์แฝด (Twin) ครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วยออกซิโทซิน (Oxytocin) การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไป การฉีกขาด ได้รับยาดมสลบ รกเกาะต่ำ (Placenta Previa) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental Abruption) มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน อ้วน (Obesity) และมารดามีอายุมากกว่า 35 ปี ทั้งนี้อาจเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในที่ไม่มีประวัติตกเลือดหรือไม่ปัจจัยเสี่ยงได้เช่นกัน (The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, 2020) อย่างไรก็ตามการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดโดยการประเมินการหดตัวของมดลูกนับเป็นแนวทางที่สำคัญของการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Pochana, Chaiwongsa, & Somchok, 2021) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอดเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ทางหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช ได้ใช้ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยง 3 ระดับซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Pinpo & Wattananukulkiat, 2021; Saraban, Phuwongkrai, Limbupasiriporn, & Khotworama, 2022) ประกอบด้วย 1) ความเสี่ยงต่ำได้แก่ ครรภ์เดี่ยว คลอดน้อยกว่า 4 ครั้ง ไม่เคยมีแผลมดลูก ไม่เคยมีประวัติตกเลือดหลังคลอด 2) ความเสี่ยงปานกลางได้แก่ เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหรือมีแผลมดลูกเคยคลอดมากกว่า 4 ครั้ง ครรภ์แฝด ก้อนเนื้ออกมดลูกขนาดใหญ่ ภาวะติดเชื้อมดลูก ชีตความเข้มข้นเลือดน้อยกว่าร้อยละ 30 มีประวัติตกเลือดหลังคลอดในครรภ์ก่อน ได้รับการรักษาด้วยแมกนีเซียมซัลเฟตได้รับการรักษาด้วยออกซิโทซินเป็นเวลานาน และ 3) ความเสี่ยงสูงได้แก่ รกเกาะต่ำหรือรกเกาะแน่น มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด ≥ 300 มิลลิลิตร มีความเสี่ยงปานกลาง 2 ข้อขึ้นไปจากการวิเคราะห์ข้อมูลของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดในปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง ดังนั้นหากพยาบาลสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยง ระดับความเสี่ยง และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่มีความเหมาะสมจะทำให้ลดโอกาสการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญ ได้แก่ การสังเกตปริมาณเลือดทางช่องคลอด การประเมินการหดตัวของมดลูก การวัดระดับย้อมดลูก การวัดสัญญาณชีพ และการเติมของกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งสังเกตอาการแสดงของการสูญเสียเลือดที่อาจนำไปสู่ภาวะช็อก คืออาการเย็นซีดระ หนาว มีด ใจสั่น อ่อนเพลีย (Eiamcharoen, 2017) จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบวิธีการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในช่องคลอดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการปฏิบัติหลังคลอด (Tavornsuk, Youngwanichsetha, & Kala, 2022) การใช้นวัตกรรมในการนวดคลึงมดลูก (Purimayata, Maneechotwong, & Laokhonkha, 2017) การใช้นวัตกรรมในการกำหนดเวลาหรือเตือนเมื่อถึงเวลานวดคลึงมดลูก (Hayibueraheng, & Mea, 2019; Sriphachai, 2015)

นอกจากนี้พบแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดในระยะแรก ที่มีกระบวนการเร่งคลอดโดยการทำการคลอดแบบพุงดึงรั้งสายสะดือ (Controlled Cord Traction) และการฉีดยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อใกล้หน้าของทารกคลอด และเก็บข้อมูลโดยการตรวจประเมินการสูญเสียเลือดในระยะที่สามของการคลอด และซึ่งผ้านอนามัยประเมินการเสียเลือดในระยะ 2 - 4 ชั่วโมงหลังคลอด พบว่า มารดาในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่า แต่มีสัดส่วนความรุนแรงของการตกเลือดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Maneechan & Jamnam, 2017) แสดงให้เห็นว่าวิธีการดังกล่าวยังไม่สามารถลดการตกเลือดในระยะแรกได้ดีพอ แต่สามารถลดความรุนแรงของการตกเลือดได้ โดยการศึกษาดังกล่าวเน้นการพยาบาลในระยะที่อยู่ในห้องคลอด หรือ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเท่านั้น การศึกษาวิธีการป้องกันการตกเลือดในช่วงที่ผู้รับบริการมารับการดูแลในหน่วยหลังคลอดยังมีข้อจำกัด พบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอดแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลขอนแก่นของ Pinpo & Wattananukulkiat (2021) แนวปฏิบัติที่พัฒนามี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการตกเลือด การดักจับอาการแสดงนำก่อนตกเลือด แนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือด และแนวทางการแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติระดับสูง และการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคายของกฤษณา (Saraban, Phuwongkrai, Limbupasiriporn, & Khotrworama, 2022) มีการแบ่งแนวปฏิบัติเป็นการดูแลมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดกลุ่มละ 30 คน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีการตกเลือดในระยะ 2 - 24 ชั่วโมงแรก พยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติระดับมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ทดสอบประสิทธิภาพต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เช่น ต่อผลลัพธ์การตกเลือดหลังคลอดโดยเฉพาะปริมาณการสูญเสียเลือดของมารดาในหน่วยหลังคลอด

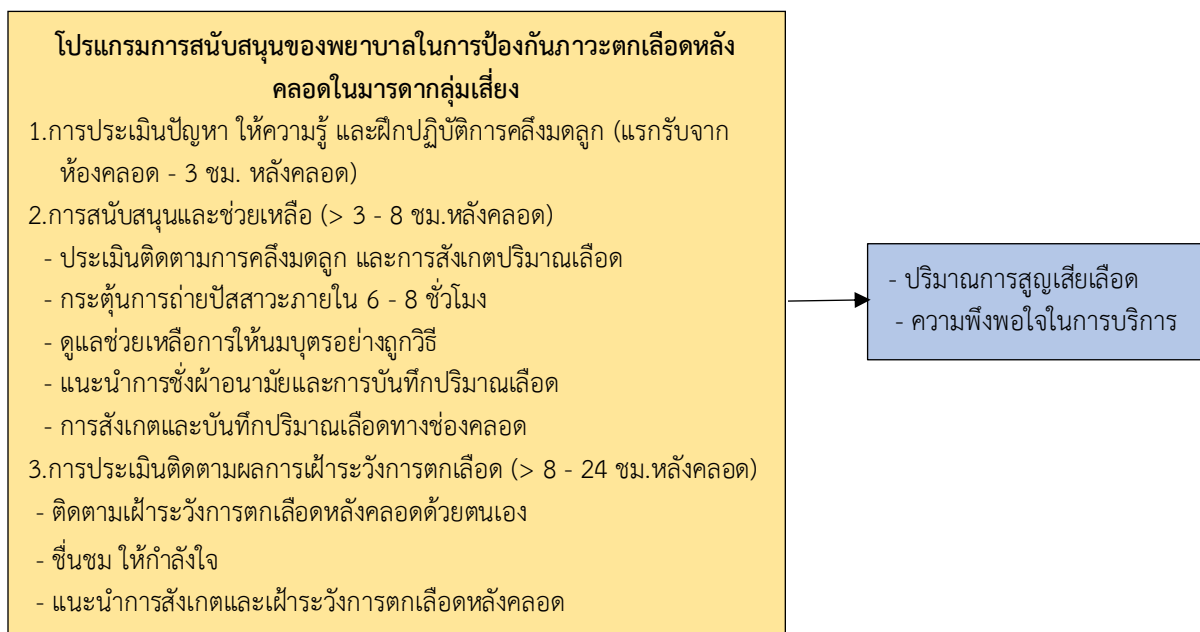
การสนับสนุนทางสังคมเป็นกรอบแนวคิดที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลมารดาหลังคลอด (Awatchanawong & Boonyaporn, 2020; Chiablam, Sinsuksai, & Thananowan, 2021; Tavornsuk, Youngwanichsetha, & Kala, 2022) กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงออกถึงการให้กำลังใจ การให้ความรัก การแสดงออกถึงความใส่ใจ และเห็นอกเห็นใจ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า เป็นการให้คำแนะนำแก่บุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการจัดหาสิ่งของและบริการ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านแรงงาน เวลา รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีการตกเลือดในช่วง 8 ชั่วโมงแรกหลังคลอดหลังย้ายจากห้องคลอด จากการสังเกตและประเมินสภาพของมารดาพบว่ามีความเหนื่อยล้าจากการคลอด ไม่ได้คลึงมดลูก หรือคลึงมดลูกได้ไม่สม่ำเสมอ และยังไม่มีความรู้แนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สอดคล้องกับบริบท โดยเฉพาะในมารดาในกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อให้การสนับสนุนดูแลและช่วยเหลือมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการให้มีความปลอดภัย และศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด (Pinpo & Wattananukulkiat, 2021; Purimayata, Maneechotwong, & Laokhonkha, 2017; Saraban, Phuwongkrai, Limbupasiriporn, & Khotrworama, 2022; Tavornsuk, Youngwanichsetha, & Kala, 2022) เพื่อสร้างโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลต่อปริมาณการสูญเสียเลือดและความพึงพอใจในการบริการ แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ 1) สนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกถึงการให้กำลังใจ การให้ความรัก การแสดงออกถึงความใส่ใจ และเห็นอกเห็นใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่บุคคล เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม 3) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) หมายถึงการให้คำแนะนำแก่บุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปประเมินตนเอง และ 4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึงการจัดหาสิ่งของบริการ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านแรงงาน เวลา รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยในโปรแกรมนี้ พยาบาลมีการสนับสนุนโดยจัดเตรียมสถานที่ เมื่อเกิดความผิดปกติทำให้ทีมเข้าไปให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว ทันที โดยพยาบาลให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มต้น ติดตาม เป็นกำลังใจ ตอบคำถาม เมื่อมีข้อสงสัย และชี้แนะเพิ่มเติมในการปฏิบัติตามคำแนะนำถูกต้องอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองเกี่ยวกับป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของมารดากลุ่มเสี่ยงร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนของพยาบาลเป็นสิ่งที่เสริมความมั่นใจให้กับมารดากลุ่มเสี่ยงมีปริมาณการสูญเสียเลือดน้อยลง และไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การศึกษาครั้งนี้มีการสนับสนุนของพยาบาล ประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการคลึงมดลูก (แรกรับจากห้องคลอด - 3 ชั่วโมงหลังคลอด) 2) การสนับสนุนและช่วยเหลือ (> 3 - 8 ชั่วโมงหลังคลอด) และ 3) การประเมินติดตามผลการเฝ้าระวังการตกเลือด (> 8 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด) ซึ่งเชื่อว่ากิจกรรมดังกล่าว สามารถลดปริมาณการสูญเสียเลือดและเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการของมารดากลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดได้ ดังกรอบแนวคิด (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือมารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดมีปัจจัยเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุของการหดตัวของมดลูกไม่ดี พักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่คลอดทางช่องคลอดมีปัจจัยเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดจากสาเหตุของการหดตัวของมดลูกไม่ดี พักฟื้น ณ หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน สิงหาคม – พฤศจิกายน 2566 จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการวิจัย คือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดจากสาเหตุของมดลูกหดตัวไม่ดี ที่คลอดทางช่องคลอด ได้แก่ มารดาที่เข้าเกณฑ์ปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์ดังนี้ ตั้งครรภ์แฝด 2 หรือ 3 คน ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ผ่านการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป ครรภ์แฝดน้ำ ซีด (Hct < 30%) มีประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน คลอดเร็ว คลอดช้า ติดเชื้อในโพรงมดลูก รกเกาะต่ำ ล้วงรก และ ได้รับยา $MgSO_4$

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง (Purimayata, Maneechotwong, & Laokhonkha, 2017) คำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล .98 ซึ่งเป็นขนาดที่ใหญ่ จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเป็นค่าที่ยอมรับได้ที่ .80 (Polit & Beck, 2018) และคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power: Sample Size Calculation Version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและให้งานวิจัยมีความคาดเคลื่อนน้อยลงจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ทั้งนี้มีการดำเนินการในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแล้วเสร็จจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 เอกสารให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นแผนพับที่มีสาระเกี่ยวกับความการเฝ้าระวังอาการและการป้องกันภาวะตกเลือดของมารดาหลังคลอด ได้แก่ การคลึงมดลูก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยป้องกันตกเลือด การประเมินปริมาณเลือดทางช่องคลอด อาการแสดงจากการตกเลือดหลังคลอด และอันตรายจากการตกเลือดในปริมาณมาก

1.2 สื่อโมเดลเรียนรู้การหดตัวของมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้อุปกรณ์ที่สามารถหาได้เองเพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับลักษณะการหดตัวของมดลูกมี 2 แบบ คือมดลูกแข็ง และมดลูกนิ่ม เพื่อให้มารดาสามารถประเมินและเปรียบเทียบลักษณะการหดตัวของมดลูกของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการคลึงมดลูกของมารดาหลังคลอดเป็นตารางเวลาที่กำหนดการคลึงมดลูกเป็นแบบบันทึกการคลึงมดลูกของมารดาหลังคลอดใน 8 ชั่วโมงแรก ตามเวลาที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นเตือนการคลึงมดลูกของมารดาเป็นระยะ คือ การคลึงมดลูก ระยะแรกแรกที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช 1 ครั้ง ต่อไปทุก 30 นาทีจำนวน 2 ครั้ง (ภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) ทุก 1 ชั่วโมงจำนวน 3 ครั้ง (ภายในชั่วโมงที่ 4 - 6 ชั่วโมงหลังคลอด) และทุก 2 ชั่วโมงจำนวน 1 ครั้ง (เมื่อครบ 8 ชั่วโมงหลังคลอด) หลังจากครบ 8 ชั่วโมงหลังคลอด ติดตามการคลึงมดลูกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา สถานภาพ ค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์ ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด การฝากครรภ์ จำนวนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ น้ำหนักทารก ปริมาณการสูญเสียเลือดขณะคลอด การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหลังคลอด และการให้ทารกดูดนมแม่

3.2 แบบประเมินความเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม แบ่งออก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูก เคยตกเลือดในครรภ์ก่อน มีก้อนเนื้องอกมดลูกขนาดใหญ่ > 5 เซนติเมตร ทารกน้ำหนัก ≥ 4000 กรัม BMI > 30 Kg/m² ความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด $< 30\%$ Chorioamnionitis ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะรกคลอด ≥ 7 ชั่วโมง Prolong 2nd Stage of Labor ได้รับยา MgSO₄ ได้รับยา ยับยั้งของการหดตัวของมดลูก BBA และหรือมีการฉีกขาดของช่องคลอดระดับ 3 ขึ้นไป และกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ รกเกาะแน่น หรือรกเกาะลึก รกเกาะต่ำ เกิดเลือด $< 70,000$ cells มีเลือดออกทางช่องคลอด ≥ 300 ซีซี มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีภาวะความดันโลหิตสูงหรือ HELLP syndrome มีความเสี่ยงระดับกลาง 2 ข้อ ขึ้นไป

3.3 แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด 8 ชั่วโมงแรก (สำหรับเจ้าหน้าที่) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม เป็นการชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยด้วยตาชั่งดิจิตอล มีหน่วยเป็นกรัม (เท่ากับ 1 ซีซี) ใช้ผ้าอนามัยยี่ห้อเดียวกัน โดยการลงบันทึกปริมาณเลือดหลังจากหักลบด้วยน้ำหนักของผ้าอนามัยที่ยังไม่ใช้ เก็บข้อมูลจากการบันทึกทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง (ชั่วโมงที่ 3, 4 ชั่วโมงหลังคลอด) บันทึกทุก 2 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง (ชั่วโมงที่ 6, 8 ชั่วโมงแรกหลังคลอด) และบันทึกรวมปริมาณการสูญเสียเลือดภายใน 2 - 8 ชั่วโมงหลังคลอด

3.4 แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดหลังคลอด 8 - 24 ชั่วโมง (สำหรับผู้รับบริการ) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรม เป็นการชั่งจากผ้าอนามัยทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนผ้าอนามัย บันทึกปริมาณจำนวนบันทึกหลังจากหักลบด้วยน้ำหนักผ้าอนามัยที่ยังไม่ใช้ และบันทึกรวมปริมาณการสูญเสียเลือดภายในเวลา 8 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด

3.5 แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนที่ได้มีเกณฑ์การแบ่งช่วง คะแนนค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย 1.1) เอกสารให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด 1.2) สื่อโมเดลเรียนรู้การหดตัวของมดลูก 2) เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบบันทึกการคลั่งมดลูกของมารดาหลังคลอด และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3.2) แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด 8 ชั่วโมงแรก สำหรับเจ้าหน้าที่ 3.3) แบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดหลัง 8 - 24 ชั่วโมงแรก (สำหรับผู้รับบริการ) และ 3.4) แบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับให้เหมาะสมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน เพื่อความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจนของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา และแบบประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน

ความพึงพอใจในการบริการ 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งแบบเสนอโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อขอรับการพิจารณาและการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่
2. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจึงดำเนินการติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวช และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ตลอดจนขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาของการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดของมารดาในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการพยาบาลปกติ ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนด โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวนที่กำหนด จึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนในการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

มารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลตามปกติโดยได้รับการดูแลจากพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดโดยผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกเลือดตั้งแต่แรกรับหลังคลอด 2 ชั่วโมงจากห้องคลอดหลังจากประเมินสภาพร่างกาย นอนพักบนเตียงและเก็บข้อมูล ใช้เวลาทั้งหมด 55 นาที มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 มารดาระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด

1. ผู้วิจัยประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 1 ชั่วโมง จนปกติ จากนั้น วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมง
2. ผู้วิจัยสังเกตเลือดออกทางช่องคลอดจากผ้าอนามัย ทุก 1 ชั่วโมงแรก และทุก 1 - 2 ชั่วโมง จนปกติ จากนั้น สังเกตเลือดจากผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 24 ชั่วโมง
3. ผู้วิจัยประเมินการหดตัวของมดลูก พร้อมคลึงมดลูกแรกรับ และติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 3 ชั่วโมงจำนวน 3 ครั้ง
4. ผู้วิจัยประเมินการเต็มของกระเพาะปัสสาวะ แนะนำการถ่ายปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด
5. ผู้วิจัยชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างในการสังเกตเลือดเปื้อนผ้าอนามัยมากกว่า 1 ชิ้น ให้แจ้งพยาบาลและการบันทึกปริมาณเลือดหลังจากซึ่งผ้าอนามัยลงในแบบบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดตามระยะเวลาที่ระบุไว้ และผู้วิจัยบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด โดยการนำผ้าอนามัยเปื้อนเลือดใส่ถุงซิปล้างแล้วทิ้งตามระยะเวลา ชั่วโมงที่ 3,

4, 6, 8 ต่อจากนั้น แนะนำและอำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือดทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนผ้าอนามัยจนครบ 24 ชั่วโมง

4. ผู้วิจัยสอนและช่วยนำทารกให้ดูนมแม่ทันทีภายใน 30 นาที หลังคลอด

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย และกล่าวขอบคุณ

กลุ่มทดลอง

มารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนจากพยาบาลในการป้องกันตกเลือด โดยผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกเลือดตั้งแต่แรกเริ่มหลังคลอด 2 ชั่วโมงจากห้องคลอดหลังจากประเมินสภาพร่างกาย นอนพักบนเตียงและเก็บข้อมูล ใช้เวลาทั้งหมด 60 นาที มีขั้นตอนและรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ใช้เวลา 5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล (ใช้เวลา 5 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือด (ใช้เวลา 35 นาที)

การสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดของมารดาในกลุ่มเสี่ยงหลังคลอด ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านของ House (1981) ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านประเมินคุณค่า และด้านทรัพยากร นำมาใช้ในการสนับสนุนของพยาบาลร่วมกับการปฏิบัติตามกิจกรรม ได้แก่ 1) การประเมินปัญหา ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการคลึงมดลูก (แรกเริ่มจากห้องคลอด - 3 ชั่วโมงหลังคลอด) 2) การสนับสนุนและช่วยเหลือ (> 3 - 8 ชั่วโมงหลังคลอด) และ 3) การประเมินติดตามผลการเฝ้าระวังการตกเลือด (> 8 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด) มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมที่ 1 การประเมินปัญหา ให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติการคลึงมดลูก (แรกเริ่ม - 3 ชั่วโมงหลังคลอด)

1.1 พูดคุยเพื่อประเมินอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มารดาระบายความรู้สึกอย่างอิสระ ผู้วิจัยรับฟังด้วยความจริงใจ ประเมินปัญหาความต้องการ และผู้วิจัยใช้คำพูด น้ำเสียงที่นุ่มนวล ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใยให้การช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่

1.2 ให้ความรู้เรื่องวิธีป้องกันตกเลือดหลังคลอด โดยใช้แผ่นภาพประกอบการอธิบาย เกี่ยวกับความรุนแรง อาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอด การสังเกตเลือดจากผ้าอนามัย วิธีคลึงมดลูก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ

1.3 สอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ วิธีคลึงมดลูก และการคลำมดลูก โดยการใช้มือข้างที่ถนัดวางบริเวณยอดมดลูก ให้รู้สึกว่ามีมดลูกอยู่ในอุ้งมือพอดี จากนั้นคลึงเบา ๆ ด้วยปลายนิ้ว วนไปทางเดียวกันเป็นวงกลมจนมดลูกหดตัวกลมแข็ง นาน 1 นาที ระหว่างคลึงมดลูก มารดาอาจจะรู้สึกปวดมดลูกคล้ายปวดประจำเดือน อธิบายข้อมูลเพิ่มเติมพร้อม ใช้คำพูด น้ำเสียงที่นุ่มนวล ให้กำลังใจ และการประเมินผลลักษณะกลมแข็งหลังคลึงมดลูกโดยนำหุ่นจำลองมดลูกมาใช้คลำเปรียบเทียบกับลักษณะผิดปกติของมดลูกนึ่ม และมดลูกปกติที่กลมแข็งร่วมกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ขณะสาธิตย้อนกลับผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติม เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ เรียนรู้ได้ง่ายขึ้น ในการปฏิบัติ

1.4 การคลึงมดลูกแต่ละครั้งนาน 1 นาที จะกำหนดเวลาโดยใช้นาฬิกาปลุกตั้งเวลา คลึงมดลูก คือ คลึงมดลูกตั้งแต่แรกเริ่ม จากนั้นชั่วโมงที่ 3 หลังคลอดจะคลึงมดลูก 2 ครั้ง ห่างกัน แต่ละครั้ง 30 นาที, ชั่วโมงที่ 4, 5, 6, 8 และคลึงมดลูกทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

1.5 การสังเกตปริมาณเลือดที่เปลี่ยนผ้าอนามัย และเปลี่ยนผ้าอนามัย นำผ้าอนามัยเปลี่ยนเลือดใส่ถุงซิปล้างน้ำหนัก พร้อมบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกปริมาณการสูญเสียเลือด ในช่วงเวลาที่ 3, 4, 6, 8 ต่อจากนั้น ชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยเปลี่ยนเลือดทุกครั้งที่มีการเปลี่ยน จนครบ 24 ชั่วโมง หลังคลอด

2. กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนและช่วยเหลือ (> 3 - 8 ชั่วโมงหลังคลอด)

2.1 ช่วยเหลือ ชี้แนะการคลำและวิธีคลึงมดลูก และการประเมินผลลักษณะกลมแข็งหลังคลึงมดลูก จากการนำหุ่นจำลองมดลูกมาใช้ประกอบการประเมิน และเปรียบเทียบลักษณะผิดปกติของมดลูกนี้ มดลูกปกติที่กลมแข็งร่วมกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความสามารถของตนเองในปฏิบัติตัวกล่าวชื่นชม “ปฏิบัติดีแล้วค่ะ” และให้กำลังใจ และให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติม เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

2.2 เอาใจใส่ ช่วยเหลือในการเปลี่ยนผ้าอนามัย สอนวิธีการเปลี่ยนผ้าอนามัย ใส่ถุงซิปล้างน้ำไปซังตาซัง และการอำนวยความสะดวกจัดวางตาซังไว้ตำแหน่งที่เข้าถึงง่าย แสงสว่างมองเห็นตัวเลขได้ชัดเจน

2.3 อำนวยความสะดวกขณะคลึงมดลูก ปิดม่าน วางหมอนนอนเบาะเตียง กระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ เมื่อรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ และติดตามการถ่ายปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นระยะ ๆ

3. กิจกรรมที่ 3 การประเมินติดตามผลการเฝ้าระวังการตกเลือด (> 8 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด)

ผู้วิจัยกล่าว ชื่นชม ปฏิบัติตามความช่วยเหลือ และส่งเสริมความช่วยเหลือจากญาติ ที่ช่วยบริการ ดูแล อำนวยความสะดวก ได้แก่ สิ่งของ และเตรียมเครื่องใช้ บริการน้ำดื่ม หรือน้ำหวานไว้บนโต๊ะข้างเตียง

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยขอความร่วมมือมารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการ เพื่อป้องกันการตกเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าได้สิ้นสุดขั้นตอนการเก็บข้อมูลการวิจัย และกล่าวขอบคุณ

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ รหัสโครงการ HYH EC 062-66-01

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกเลือด

ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกเลือดในกลุ่มควบคุมพบว่า มารดาหลังคลอดมีอายุระหว่าง 18 - 42 ปี อายุเฉลี่ย 30.28 ปี ($SD = 5.33$) ระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาและอนุปริญญาขึ้นไปจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) เป็นผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 96.7) สำหรับข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่า ส่วนใหญ่มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 30 kg/m^2 (ร้อยละ 83.3) ค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอดเฉลี่ย 32.91 % ($SD = 4.79$) มารดามาดูฝากครรภ์ทุกราย โดยส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 73.3) และผ่านการคลอดน้อยกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 83.3) การคลอดครั้งนี้ส่วนใหญ่คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด (ร้อยละ 96.7) ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งรกคลอด 0.54 - 14.21 ชั่วโมง น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,355 - 4,400 กรัม มีน้ำหนักเฉลี่ย 3,267.5 กรัม ($SD = 422.33$) มากกว่าครึ่งมีการสูญเสียเลือดขณะคลอดปริมาณ 100 - 250 ซีซี (ร้อยละ 63.4) และภายหลังการคลอดส่วนใหญ่ได้รับยาออกซิโตซิน 30 - 40 ยูนิต (ร้อยละ 70) นอกจากนี้พบว่า ทารกส่วนใหญ่ได้ดูนมแม่ตั้งแต่ออยู่ในห้องคลอด (ร้อยละ 93.3)

สำหรับข้อมูลทั่วไปมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกเลือดในกลุ่มทดลองพบว่า มารดาหลังคลอดมีอายุระหว่าง 19 - 41 ปี อายุเฉลี่ย 31.27 ปี ($SD = 6.58$) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา (ร้อยละ 83.3) มากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 53.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 73.3) และทุกรายมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 100) สำหรับข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่า ส่วนใหญ่มีค่า BMI ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า

30 kg/m² (ร้อยละ 70) มีค่าความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอดเฉลี่ย 32.42 % ($SD = 3.60$) มารดามาฝากครรภ์ทุกราย ซึ่งมากกว่าครึ่งเป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 53.4) และส่วนใหญ่ผ่านการคลอดน้อยกว่า 4 ครั้ง (ร้อยละ 86.7) การคลอดครั้งนี้ส่วนใหญ่คลอดที่อายุครรภ์ครบกำหนด (ร้อยละ 96.7) ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งรกคลอด 0.9 - 15.26 ชั่วโมง น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,185 - 4,120 กรัม มีน้ำหนักเฉลี่ย 3,114.6 กรัม ($SD = 430.84$) มากกว่าครึ่งมีการสูญเสียเลือดขณะคลอดปริมาณ 100 - 250 ซีซี (ร้อยละ 53.4) และภายหลังการคลอดส่วนใหญ่ได้รับยาออกซิโตซิน 30 - 40 ยูนิต (ร้อยละ 70) นอกจากนี้ พบว่าทารกส่วนใหญ่ได้ดูดนมแม่ตั้งแต่อยู่ในห้องคลอด (ร้อยละ 93.3)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าการศึกษารังนี้มามีข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้จากการทดสอบทางสถิติด้วยไคสแควร์ พบว่าลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดของมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 เปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-whitney U test ($n = 60$)

การสูญเสียเลือดทางช่องคลอด	กลุ่ม	n	Mean Rank	Sum of Rank	Z	p-value
ระยะ 2 - 8 ชม. แรกหลังคลอด	กลุ่มทดลอง	30	19.95	598.50	-4.681	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	41.05	123.50		
ระยะหลัง 8 - 24 ชม. แรกหลังคลอด	กลุ่มทดลอง	30	24.15	224.5	-2.818	<.001
	กลุ่มควบคุม	30	36.85	1105.50		

จากตาราง 1 พบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดระยะ 2 - 8 ชั่วโมงแรกของมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกลือดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($Z = -4.681$, $p\text{-value} < .001$) และปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดระยะหลัง 8 - 24 ชั่วโมงแรกของมารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงตกลือดกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($Z = -2.818$, $p\text{-value} < .001$)

3. ความพึงพอใจในการรับบริการ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจในการบริการของกลุ่มทดลอง ($n = 60$)

ข้อ	กิจกรรมการบริการ	ระดับความพึงพอใจ		
		M	SD	แปลผล
1	การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดเข้าใจง่าย	4.83	0.46	มากที่สุด
2	วิธีการสอนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	4.76	0.43	มากที่สุด
3	การสอน/สาธิตวิธีการคลึงมดลูกด้วยโมเดล เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.86	0.34	มากที่สุด
4	การพูดให้กำลังใจ ชื่นชม และให้ข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาลทำให้มีความมั่นใจ	4.90	0.30	มากที่สุด
5	การช่วยเหลือและดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ทำให้มีความมั่นใจในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น	4.86	0.34	มากที่สุด
6	ระยะเวลาในการคลึงมดลูกด้วยตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความเหมาะสม สามารถปฏิบัติได้	4.60	0.49	มากที่สุด
7	การชั่งน้ำหนักผ้าอนามัยเพื่อประเมินการสูญเสียเลือดมีความสะดวก และเหมาะสม	4.80	0.40	มากที่สุด

ข้อ	กิจกรรมการบริการ	ระดับความพึงพอใจ		
		M	SD	แปลผล
8	การมีส่วนร่วมดูแลตนเองในการคลั่งมดลูกและบันทึกผลการปฏิบัติสามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก	4.80	0.40	มากที่สุด
9	การดูแลจากพยาบาลให้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เช่น การคลั่งมดลูก การถ่ายปัสสาวะ และสังเกตน้ำคาวปลา มีความเหมาะสม	4.83	0.37	มากที่สุด
10	การติดตามอาการเพื่อประเมินความผิดปกติจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น วัดความดัน การจับชีพจร	4.86	0.34	มากที่สุด
รวม		4.81	0.31	มากที่สุด

จากตาราง 2 ความพึงพอใจการรับบริการเป็นความรู้สึกต่อการดูแลที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 4.81 ($SD = 0.31$) อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจสูงสุดคือการพูดให้กำลังใจ ชื่นชม และให้ข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาลทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีค่าเฉลี่ย 4.90 ($SD = 0.30$) รองลงมาข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจ เท่ากันสองข้อคือ การสอน/สาธิตการคลั่งมดลูกด้วยโมเดล เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง และข้อคำถามการช่วยเหลือและเอาใจใส่จากพยาบาล ทำให้มีความมั่นใจในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมากขึ้นมีค่าเฉลี่ย 4.86 ($SD = 0.34$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลมีปริมาณการสูญเสียเลือดทางช่องคลอดใน ระยะ 2 - 8 ชั่วโมง และ ระยะหลัง 8 - 24 ชั่วโมง น้อยกว่าทั้ง 2 ระยะเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลประกอบได้ด้วยการให้ความรู้การป้องกันตกเลือดหลังคลอด สอน/สาธิตวิธีคลั่งมดลูก รวมทั้งกำหนดเวลาการคลั่งมดลูกทุก 30 นาที ในช่วงเวลาที่ 3 หลังคลอดและทุกชั่วโมงหลังคลอดจนครบ 8 ชั่วโมงหลังคลอดต่อมาคลั่งมดลูกกระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอทุก 4 ชั่วโมง ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดเป็นการประยุกต์ใช้หลักการในการหยุดเลือดโดยอาศัยการหดตัวของหลอดเลือดเองและการเกิดลิ่มเลือดเฉพาะที่ ซึ่งการที่จะทำให้เลือดบริเวณรกเคยเกาะหยุดได้ดี ต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อเพื่อกดหลอดเลือดใหญ่ และปิดรูรั่วของหลอดเลือดทำให้เลือดหยุดได้ (Cunningham, Leveno, Bloom, Hault, Rouse, & Spong, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาหลังคลอด 2 ชั่วโมง ใช้นวัตกรรม “Warning Box” ช่วยกระตุ้นเตือนการคลั่งมดลูกร่วมกับการกดมดลูกส่วนล่างมีปริมาณการสูญเสียเลือดในน้อยกว่ากลุ่มให้การดูแลตามปกติ (Hayibueraheng & Mea, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้ถุงมือเยื่อหนวมมดลูกต่อการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดพบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดของผู้คลอดที่ได้รับการใช้ถุงมือหนวมมดลูกมีค่าน้อยกว่ากลุ่มผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (Purimayata, Maneechotwong, & Laokhonkha, 2017) นอกจากนี้กลุ่มทดลองได้รับความรู้และฝึกการนวดมดลูกที่ถูกต้อง ได้รับการพูดคุยให้กำลังใจ ชื่นชมและข้อมูลย้อนกลับจากพยาบาล มีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดทั้งภาพรวมและรายข้อ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันการตกเลือดสอดคล้องกับความต้องการของมารดาหลังคลอด ใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในมารดาที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งเป็นกิจกรรมการสนับสนุนและดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดแบบเชิงรุก โดยพบว่า มารดามีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Luangkwan, Tuphimai, Chomngam, & Loyden, 2021) การศึกษารุ่นนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม

สนับสนุนของพยาบาลมีประสิทธิภาพในการลดปริมาณการสูญเสียเลือด และเพิ่มความพึงพอใจในการรับบริการของมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดมาใช้ในหน่วยงานหลังคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดและลดความรุนแรงจากการสูญเสียเลือดของมารดาหลังคลอด
2. ด้านการศึกษา อาจารย์/ผู้นิเทศสามารถให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดแก่นักศึกษาพยาบาล และนำโปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะมารดาในกลุ่มเสี่ยงตกเลือดหลังคลอดเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากการสูญเสียเลือดหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำสื่อการเรียนรู้การป้องกันตกเลือดหลังคลอดมาปรับใช้ในรูปแบบของคลิปวิดีโอเพื่อเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ใช้บริการ
2. ควรศึกษาการใช้แรงสนับสนุนจากพยาบาลและญาติเข้ามีส่วนร่วมดูแลป้องกันตกเลือดในมารดา ระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด
3. ควรศึกษาการใช้แรงสนับสนุนของพยาบาลในการป้องกันตกเลือดในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั่วไป

References

- Anamai Data Center. (2022). *Situation Analysis Maternal Mortality in Thailand*. Retrieved February 20, 2023 from <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/> (in Thai)
- Awatchanawong, R., & Boonyaporn, T. (2020). Effects of family involvement in a breastfeeding promotion program on family's breastfeeding perceptions and postpartum mother's perceptions of family support for breastfeeding. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 39-48. (in Thai)
- Chiablam, P., Sinsuksai, N., & Thananowan, N. (2021). Effects of breastfeeding promotion-father's involvement program on 1-month exclusive breastfeeding and perceived father's support among first-time mothers. *Nursing Sciences Journal of Thailand*, 40(4), 33-48. (in Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hault, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2023). *Williams Obstetrics*. (26thed.). New York: Mcgraw-Hill.
- Eiamcharoen, T. (2017). Postpartum hemorrhage: significance of nurse's roles in prevention. *APHEIT Journal*, 6(2), 146-157. (in Thai)
- Hayibueraheng, Y., & Mea, S. (2019). The effects of using an innovation warning box to remind for uterine massage on the amount of postpartum blood loss within two hours after delivery, Bannangsata hospital. *TUH Journal online*, 4(3), 1-5. (in Thai)
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Luangkwan, S., Tuphimai, B., Chomngam, S., & Loyden, T. (2021). Development of clinical nursing practice guidelines for preventing early postpartum hemorrhage from vaginal delivery at Buri Ram hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 36(3), 617-629. (in Thai)

- Maneechan, N., & Jamnam, U. (2017). Effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for prevention of early postpartum hemorrhage at Ratchaburi Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 31(1), 143-155.
- Pinpo, S., & Wattananukulkiat, S. (2021). *Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent and Cure of the 2-24 Hours Postpartum Hemorrhage in Obstetrics Ward*, Khonkaen Hospital. Paper Presented at the 22nd National Graduate Research Conference (Online Conference) March 25, 2021 at KhonKaen University Thailand, 134-147. (in Thai)
- Pochana, W., Chaiwongsa, K., & Somchok, P. (2021). Development of the risk factor assessment and nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage by knowledge management, Sawang Dandin Crown Prince Hospital. *Research and Development Health System Journal*, 14(2), 182-194. (in Thai)
- Polit, D., & Beck, C. (2018). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Purimayata, L., Maneechotwong, N., & Laokhonkha, P. (2017). The effect of using a cold glove for uterine massage on the amount of postpartum blood loss and the top of uterine within two hours after delivery in Primigravida at Reginal Health Center 7 Khonkaen. *Journal Regional Health Center 7 Khonkaen*, 9(2), 19-30. (in Thai)
- Saraban, K., Phuwongkrai, O., Limbupasiriporn, S., & Khotrworama, K. (2022). Development of clinical nursing practice guidelines to prevent of 2-24 hours postpartum hemorrhage in obstetrics ward, Nongkhai Hospital. *Journal of Nongkhai Hospital*, 1(1), 1-22. (in Thai)
- Sriphachai, S. (2015). The Effects of Using an Innovation Doll to Remind for Uterine Massage on the Amount of Postpartum Blood Loss Within Two Hours after Delivery. The Master of Nursing Science in Advanced Midwifery, Faculty of Nursing, KhonKaen University. (in Thai)
- Tavornsuk, H., Youngwanichsetha, S., & Kala, S. (2022). The effects of educative program using multimedia integrating relatives' support on postpartum hemorrhage preventive behaviors in primiparous mothers. *Nursing Journal of Ministry of Public Health*, 32(3), 134-148. (in Thai)
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). *Clinical Practice Guidelines: Guideline for Management of Postpartum Hemorrhage*. Retrieved February 18, 2023 from <http://www rtcog.or.th/ home/wpContent/uploads/2020/09/OB63-020-Prevention-and-Management-ofPostpartum-emorrhage.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *WHO Postpartum Hemorrhage (PPH) Summit*. Retrieved November 18, 2023 from [https://www.who.int/publications/m/item/who-postpartum-hemorrhage-\(pph\)-summit](https://www.who.int/publications/m/item/who-postpartum-hemorrhage-(pph)-summit)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลและการศึกษา

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลและการศึกษา ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานวิจัยและงานวิชาการต่อไป

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลสาขาต่าง ๆ ด้านการผดุงครรภ์ และด้านการศึกษาพยาบาล
2. บทความวิชาการและบทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบเทคนิค หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น



1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework



- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection
 - Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม - ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.



5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwat, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepakorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505–511. doi.org/10.33546/bnj.2735

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่วารสารการพยาบาลและการศึกษาผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/submissions> และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารการพยาบาลและการศึกษามีกำหนดออก 4 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มีนาคม) ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม – กันยายน) และ ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น



เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสาร การพยาบาลและการศึกษา เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาลและการศึกษาโดยบุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวารสารการพยาบาลและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากกองบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ
 - 7.1 บุคคลทั่วไป อาจารย์ในสถาบัน

บทความภาษาไทย	จำนวน 5,000 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 6,000 บาท
 - 7.2 สำหรับนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

บทความภาษาไทย	จำนวน 2,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	จำนวน 3,000 บาท

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ font TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมา มาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น ¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

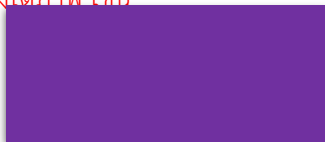
(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

หาก
มีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หน้า)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1ชื่อตาราง.....

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

ตาราง 2ชื่อตาราง.....

(หัวข้อ)สมรรถนะการพยาบาล	หัวข้อ	หัวข้อ
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

(อธิบายใต้ตาราง) จากตารางพบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า) ไม่ต้องกันหลัง

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน References และบทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกันหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

2.54 ဗ.ပ.

2.54 ឆម.

2.54 ឆ្នាំ.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, ปฐมา มาศ โชติบัณ¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ เช่น Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Pattamamas Chotibun¹ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ เช่น ¹Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา บกคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(This area contains faint horizontal lines, likely bleed-through from another page.)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 นหนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ไม่ต้องใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น

➔ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ឆម.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ “ , ” ในการกั้นคำ เช่น
Happiness Organization Development, Personnel

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 ถัดไป (1.25 ซม.) การอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ การอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ (ขนาดอักษร 15 ไม่หนา) การจัดหน้าไม่ต้องกั้นหลัง เช่น

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of nurse practitioners in advance care planning (acp) for patients with renal replacement therapy and related factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)