



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

ความเปราะบางทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหูดับจากการติดเชื้อแบคทีเรียสเตฟิโลค็อกคัส ซูอิส

ปราบดา ประภาศิริ, สุทธิชัย นักผูก, เกียรติกร ประเสริฐ

อาหารและความปลอดภัยของอาหารต่อพัฒนาการด้านสมองของการก่อกวน

ชจิต บุญประดิษฐ์, จตุพร ดันตะโนภา

บทความวิจัย

ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

เดือนเพ็ญ บุญมาชู, สุพัตรา เกียรติเจริญศิริ

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง

ปานจันทร์ อัมพนา, ญาณีศา ประพาศธรรม, สมจิตร สิกขังค์, ปวีณา สุรินทร์ประทีป

ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในการฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติหลักการ
และเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ปิยะพร พรหมแก้ว, รมลวรรณ แก้วกระจาก, ดาสิมา สำแดงสาร

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย อำเภอไพรีขันธ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้สถานการณ์
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กรกฎ สรรพ, นิศาชล บุญพา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประณายา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดลำปาง

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สมพิตร ทราญสมุทร, รัชต์ รัชต์ตระกูล, วินัย รอบคอบ, วีระชัย เขื่อนแก้ว

การพัฒนาแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วรางคณา บุตรศรี, สอาด ม่วงสิน, วิษริ อำมะเหี้ย

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทักษะของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อเด็ก
ในเด็กปฐมวัย

ณรรพาร สิวห์สวัสดิ์, นิยา ภูม, กฤษณากรณ์ สอนำรุ่ง, กิ่งทิพย์ พาสุด้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เพ็ชร เกิดแก้วมณี, กันติศา ตรีเมฆ, ธิติญาดา คัดกล้า, สุทธิดา สายปัญญา, สุพรรณษา บัวพวย, สุปรียา แสงจักรวรรดิ, อรณกร บุญจิ๋ว

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566)

ISSN (Print): 2673-0723

ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
หน่วยงานที่จัดพิมพ์ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

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

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ
รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์
รองผู้อำนวยการด้านกิจการนักศึกษา
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ไกรฤกษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.สาดิ์ แอมิลตัน
ดร.อภิรดี เจริญบุญกุล

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิริภัทร โจนสติ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุกธำพิทักษ์พล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธาร

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติภรณ์ภรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงกนกการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาลักษณ์ เอี่ยมกุลกิจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา พุกพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสือ ชิมบันไร

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนมงคลกุล

ดร.วีไลวรรณ ประเท

ดร.สุเพียร โภคทิพย์

ดร.วีโรจน์ เชนรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี

ดร.ชลียา วามะสุน

ดร.อนุชตรา วรรณเสวก

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์

ดร.เอมอร แสงศิริ

ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย

ดร.เพชรรัตน์ วิริยะสืบพงศ์

ดร.นภชา สิงห์วีธรรม

ดร.ปรางทิพย์ ทาสนา: เอลเทอร์

ดร.สุรศักดิ์ สุนทร

ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก

สถาบันพระบรมราชชนก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา



ดร.บัญชา ศิริทะแก้ว
ดร.สุภากรณ์ อุดมลักษณ์
ดร.บุษยสิทธิ์ พงษ์พิชิต
ดร.ศรีจันทร์ พลับจั่น
ดร.สุภารัตน์ พัสัยพันธ์
ดร.ณัฐชนันท์พร สงวนกลิ่น
ดร.ธินกร สุกุมงคล
ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.จรัญศรี มีหนองหว้า
ดร.สาตี แฮมิลตัน
ดร.อภิรดี เจริญนุกูล
ดร.พัชรี ใจการุณ
ดร.เกษราภรณ์ เคนนูปพา
Mr. Kent Dale Hamilton
อาจารย์ทรงวุฒิ ภัทรไชยกร
ผู้เชี่ยวชาญสตราจารย์ยุทธชัย บึงทอง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
วิทยาลัยการสาธารณสุข สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
โรงพยาบาลเลย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์

224 ถ.พลเทพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000

โทร. 045-255462



บทบรรณาธิการ

Plagiarism

Plagiarism เป็นประเด็นหนึ่งที่แวดวงวิชาการให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเบื้องต้น กองบรรณาธิการจึงได้นำความหมาย กลยุทธ์ และตัวอย่างโปรแกรมในการป้องกัน Plagiarism จาก จำเนียร จวงตระกูล (2562) และยุพิน เตชะมณี (2559) เพื่อจะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัย นักวิชาการ และท่านผู้สนใจ

Plagiarism เป็นการละเมิดลิขสิทธิ์ทางวิชาการหรือการลอกเลียนวรรณกรรม มีการนำคำพูดหรือข้อความที่เป็นผลงานของผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต ในรูปการคัดลอกทั้งหมดหรือบางส่วน การนำความคิด คำพูด หรือเนื้อหามาใช้โดยไม่ทำการอ้างอิงแหล่งที่มา (Citation) หรือประกาศเกียรติคุณ (Acknowledgment) รวมทั้งการคัดลอกผลงานของตนเองก็ถือว่าเป็น Self plagiarism ซึ่งมีความผิดต่อจริยธรรมทางวิชาการ

กลยุทธ์ป้องกัน Plagiarism ประกอบด้วย 1) การจัดทำอ้างอิงในเนื้อหาและบรรณานุกรมให้ถูกต้อง ความถูกต้องในที่นี้ต้องคำนึงถึงทั้งด้านกฎหมายและด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการจัดทำอ้างอิงในเนื้อหา และบรรณานุกรม 3) การตรวจสอบ Plagiarism โดยบุคคล เช่น ผู้เขียนเอง อาจารย์ผู้สอนหรือที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ เป็นต้น 4) การใช้เครื่องมือตรวจสอบ Plagiarism

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ Plagiarism

1. โปรแกรม Turnitin โปรแกรมแสดงผลการเปรียบเทียบกับเปอร์เซ็นต์ และระบุแหล่งข้อมูลที่ซ้ำเหมือนหรือคล้ายคลึงจากอินเทอร์เน็ต บทความวารสาร และผลงานที่นักศึกษาทั่วโลก

2. โปรแกรมอักขรวิสุทธิ์ พัฒนาโดยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรแกรมจะเปรียบเทียบกับวิทยานิพนธ์ ขอนิสิตกับเอกสารที่อยู่ในฐานข้อมูลอักขรวิสุทธิ์ซึ่งประกอบด้วยวิทยานิพนธ์สารนิพนธ์ วารสาร รายงานการวิจัย และนิตยสารของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. Anti-Kobpae พัฒนาโดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) ร่วมกับศูนย์ความรู้เฉพาะด้านวิศวกรรมความรู้และวิศวกรรมภาษาของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ตรวจสอบความคล้ายกันของเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ที่มา : จำเนียร จวงตระกูล. (2562). การโจรกรรมทางวรรณกรรมในวงการวิชาการ :ผลกระทบเชิงลบและกลยุทธ์ในการป้องกันปัญหา. <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NRRU/article/view/226966/155399> และ ยุพิน เตชะมณี (2559). การนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ต้องให้เครดิตแก่เจ้าของผลงาน. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jiskku/article/view/74614/64476>



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมถึงนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566) ดังนี้ 1) ความเปราะบางทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหูดับจากการติดเชื้อแบคทีเรียสเติฟโตค็อกคัส ซูอิส 2) อาหารและความปลอดภัยของอาหารต่อพัฒนาการด้านสมองของการกในครรภ์ 3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4) การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง 5) ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจในการฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 6) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลยามเปีย อำเภอฟะนัง จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 7) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 8) การพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 9) ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้นำครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทักษะของผู้นำครอบครัว และพัฒนาการกลืนเนื้อเม็ดเล็กในเด็กปฐมวัย และ 10) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ทั้งนี้วารสารได้มีการปรับบรรณาธิการและทีมกองบรรณาธิการ โดยเริ่มในฉบับปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2567) เป็นต้นไป อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ





ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- ความเปราะบางทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหูดับจากการติดเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส 1
Social and Cultural Vulnerabilities that Contribute to the Occurrence of Permanent Hearing Loss Caused by Streptococcus suis
ปราปดา ประภาศิริ, สุทธิชัย นักรพุก, เกียรติกร ประเสริฐ
Prabda Praphasiri, Sutthichai Nakphook, Kriengkrai Prasert
- อาหารและความปลอดภัยของอาหารต่อพัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์ 11
Food and Food Safety on Fetal Brain Development
ขจิต บุญประดิษฐ์, จตุพร ตันตะโนกิจ
Khajit Boonpradit, Jatuporn Tuntanokij
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 24
Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Programs in COVID-19 on Prevention Behaviors of Teachers or Caregivers at Early Childhood Development Centers
เดือนเพ็ญ บุญมาชู, สุพัตรา เกียรติเจริญศิริ
Dueanphen Bunmachu, Supattra Kiatcharoensiri
- การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง 36
Discharge Planning Model for Pregnant Women with Premature Labor of Lampang Hospital
ปานจันทร์ อิ่มน้า, ญาณิศา ประพฤทธิ์ธรรม, สมจิตร์ สีทิววงศ์, ปวีณา สุรินทร์ประทีป
Panjan Imnam, Yanisa Prapreuttham, Somjit Sitthiwong, Paweena Surinprateep





ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566)

สารบัญ

- ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความมั่นใจในตนเองและความ 52
พึงพอใจในการฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลของนักศึกษา
พยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
The results of the practice sessions using Simulation-Based Situations
towards self-confident and satisfaction in course of Nursing Practice Principles
and Techniques of sophomore nursing students, Boromarajonani College of
Nursing Nakhon Si Thammarat
ปิยะพร พรหมแก้ว, ธมลวรรณ แก้วกระจก, ดาลิมา สำแดงสาร
Piyaporn Promkaew, Thamolwan Kaewkragok, Dalima Sumdangsan
- ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย อำเภอ 66
โพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19)
Factors Affecting Accessibility of Health Care Services among People with
Disabilities in the Areas of Kham Pia Sub-District, Pho Chai District, Roi-Et
Province under the Situation of Coronavirus 2019 Pandemic
กรกฎ สระเศษ, นิสาชล บุปผา
Korakot Soraset, Nisachon Bubpa
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับ 80
บริการสุขภาพจิตทางไกล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
Factors affecting medication adherence and quality of life of psychiatric
patients receiving tele-mental health services In Mueang District, Lampang
Province
ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สมพิตร ทรายสมุท, รักษ์ รักษ์ตระกูล,
วินัย รอบคอบ, วีระชัย เขื่อนแก้ว
Sriprapai Inchaithep, Sompit Saisamuth, Ruk Ruktrakul,
Winai Robkob, Weerachai Kuankaew



ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2566)

สารบัญ

- การพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย 93
ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
Developing a Nutritional Management Model to Promote Nutrition for
Preschool Children at Patum Sub-district, Mueang Ubon Ratchathani District,
Ubon Ratchathani Province
วรางคณา บุตรศรี, สอาด มุ่งสิน, วัชรวิ อัมมะเหียะ
Warangkana Bootsri, Sa-ard Mungsin, Watcharee Ammahia
- ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ 106
ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย
The Effects of Parental involvement Programs on Promoting Knowledge,
Parental Attitudes, and the Fine Motor Development in Preschool Children
ณรรพพร สิงห์สวัสดิ์, นัยนา ภูลม, กฤษฏาภรณ์ ลอบำรุง,
ก้องทิพย์ พาสุก้อย
Nutjaporn Singsawat, Naiyana Pulom, Krisdaporn Lopbumrung,
Kingtip Phasooktoy
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา 119
ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
Factors Related to the Reduction of Premenstrual Syndrome Reduction
among Ubon Ratchathani University Students
พัชรี เกิดแก้วมณี, กันติชา ตริเมฆ, ธิตติญาดา คิติกกล้า,
สุทธิดา สายปัญญา, สุพรรณษา บัวพาย, สุปรียา แสงจักรวาล,
วรภรณ์ บุญจิม
Patcharee Kerdkaewmanee, Kanticha Treemek, Thitiyada Kidgla,
Sutthida Saipunya, Supansa Buaphay, Supreeya Saengchakkawan,
Woraporn boonjeem
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



ความเปราะบางทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหูดับจากการติดเชื้อ แบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส

ปราบดา ประภาศิริ ปร.ด.¹, สุทธิชัย นักผูก ปร.ด.,¹ เกรียงไกร ประเสริฐ ปร.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

“โรคหูดับ” เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส ก่อโรคในหมู สามารถติดไปสู่คนทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตและโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ผู้เป็นโรคหูดับจะสูญเสียการได้ยินหูหนวกถาวร และมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ การบริโภคเนื้อและเลือดหมูดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ การติดเชื้อผ่านทางบาดแผลหรือทางเยื่อบุตาในผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับหมูมีเชื้อโรค การติดเชื้อโรคหูดับมีความสัมพันธ์กับประเด็นทางด้านสังคมและวัฒนธรรม คือ โรคหูดับมีความสัมพันธ์กับหมู และหมูมีความสัมพันธ์ข้องเกี่ยวกับคนทั้งในแง่การเป็นสัตว์เลี้ยงและเป็นอาหาร ผู้ป่วยที่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ชอบดื่มสุรา มีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย มีไข้ ผู้ป่วยมักจะซื้อยาลดไข้มารับประทานก่อน เมื่อไข้ไม่ลดจึงจะไปพบแพทย์ ทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะมีความล่าช้าจนเชื้อโรคทำลายระบบประสาทการได้ยิน สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นความเปราะบางที่สะท้อนถึงความเสี่ยงต่อการที่จะได้รับความเสียหายจากพยาธิสภาพของโรคที่ป้องกันได้ บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอโรคหูดับในประเทศและต่างประเทศ ความเปราะบางในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม มุมมองโรคติดเชื้อที่ถูกเพิกเฉย และแนวคิดและการดูแลโรคหูดับ อันจะนำไปสู่ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคหูดับ และการออกแบบการรักษาพยาบาล และการควบคุมและป้องกันโรคที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โรคหูดับ ความเปราะบางสังคมวัฒนธรรม

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติสกลนคร

* Corresponding Author email: gpsiam@gmail.com

วันที่รับ (received) 14 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 8 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 ก.ย. 2566

Social and Cultural Vulnerabilities that Contribute to the Occurrence of Permanent Hearing Loss Caused by *Streptococcus suis*

Prabda Praphasiri Ph.D.¹, Sutthichai Nakphook Ph.D.¹, Kriengkrai Prasert Ph.D.^{1*}

Abstract

"*Streptococcus suis* infection" is caused by the bacterium *Streptococcus suis* and affects pigs, which can transmit the infection to humans, leading to the septicemia and meningitis. Individuals with *Streptococcus suis* infection will gradually lose their hearing permanently, and it can be severe enough to be fatal. Risk factors for the disease include consuming raw or undercooked pork or pork blood and getting infected through wounds or mucous membranes in individuals who come into close contact with infected pigs. *Streptococcus suis* infection is related to social and cultural factors, as it involves the connection between pigs and humans, both as livestock and as food. The majority of infected patients are males who consume alcohol, work as laborers, or use manual labor. When they become ill, they often buy fever-reducing medications before seeking medical attention. This delay in diagnosis and treatment with antibiotics can result in the infection damaging the auditory nervous system. These factors reflect the vulnerability to the potential harm of a preventable disease. This article aims to present a perspective on *Streptococcus suis* infection in Thailand and abroad, highlighting the social and cultural aspects, overlooked infectious diseases, and the concepts and management of Meniere's disease. This, in turn, will lead to a deeper understanding of *Streptococcus suis* infection and the development of nursing care, control, and prevention of diseases relevant to the community in the future.

Keywords: streptococcus suis infection, social and culture vulnerabilities

¹ Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermprakiat Sakon Nakhon Province Campus

* Corresponding Author email: gpsiam@gmail.com

บทนำ

โรคหูดับ (Streptococcus suis infection) เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย “สเตรปโตค็อกคัส ซูอิส” (Streptococcus suis หรือ S. suis) เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน มักพบในสุกรซึ่งเป็นสาเหตุหลักและเป็นตัวนำสู่การระบาดในมนุษย์ โรคหูดับได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา มีการรายงานของผู้ป่วยที่เป็นโรคหูดับครั้งแรกที่ประเทศเดนมาร์กในปี พ.ศ. 2517 และถือเป็นการเริ่มต้นในการติดตามและศึกษาโรคนี้ โรคหูดับมักพบบ่อยในพื้นที่ที่มีการเลี้ยงสุกรและการบริโภคเนื้อสุกรมาก เช่น ในประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹⁻² ซึ่งโรคหูดับสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และมีความรุนแรงต่าง ๆ จนอาจทำให้เสียชีวิตได้ อัตราการติดเชื้อและการเสียชีวิตจากโรคนี้ขึ้นอยู่กับพื้นที่และสภาวะการระบาด ในประเทศไทยเป็นพื้นที่หนึ่งที่พบการระบาดของโรคหูดับมากในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้³ อัตราการติดเชื้อประมาณ 200-350 คนต่อปี และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5-10 โดยในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการติดเชื้อยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง การตรวจหาเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส และการตรวจหาสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรครุนแรงทำได้ยาก เนื่องจากไม่สามารถดำเนินการในสถานพยาบาลขนาดเล็กได้ ทำให้ตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีการรายงานอาจต่ำกว่าความเป็นจริง⁴

จากการรายงานในแถบยุโรป เช่น อังกฤษ สเปน เยอรมัน เนเธอร์แลนด์ แคนาดา และสหรัฐอเมริกา กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญคือบุคคลที่มีประวัติสัมผัสหมูหรือผลิตภัณฑ์จากหมู และผู้ที่มามีอาชีพทำงานในโรงเชือดหรือฆ่าหมู และในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ประเทศไทย ประเทศเวียดนาม และอินโดนีเซีย พบการติดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากประชากรที่มีประวัติบริโภคหมูหรือเลือดหมูดิบ หรือสุก โดยอัตราการติดเชื้อสูงมากในช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ และช่วงออกพรรษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายและมีประวัติดื่มสุรา อีกทั้งยังมีการรายงานการติดเชื้อผ่านทางบาดแผลหรือทางเยื่อเมือกในกลุ่มผู้ที่มีโอกาสสัมผัสใกล้ชิดกับหมูป่วย เช่น เกษตรกรในฟาร์ม หรือผู้ที่ทำงานในโรงเชือด⁵⁻⁸ ซึ่งจะเห็นว่าการดำเนินการของโรคหูดับมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในบริบททางมิติสังคมและวัฒนธรรม

จากข้อมูลข้างต้นผู้เขียนในฐานะนักวิชาการทางสุขภาพจึงสนใจเสนอบทความวิชาการเพื่อให้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับโรคหูดับในประเทศและต่างประเทศ ความเปราะบางในมิติสังคมและวัฒนธรรม มุมมองโรคติดเชื้อที่ถูกเพิกเฉย และแนวคิดและการดูแลโรคหูดับ

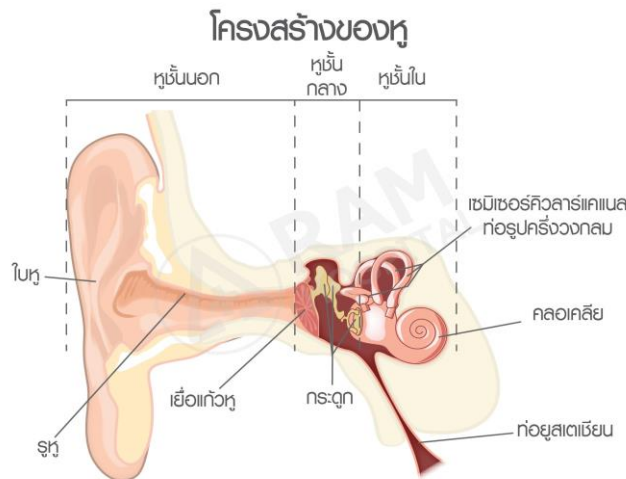
โรคหูดับ

โรคหูดับ หรือ Streptococcus suis infection เป็นเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย มักพบโรคติดต่อจากสุกรสู่คน อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับปริมาณของเชื้อที่ได้รับ สายพันธุ์ และระดับภูมิคุ้มกันของบุคคลที่รับเชื้อ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่เป็นไข้ หนาวสั่น หอบเหนื่อย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ไปจนถึงการติดเชื้อในกระแสเลือด และอาจเสียชีวิตได้

การวินิจฉัยโรค มักจะการสังเกตอาการ เช่น ไข้สูง ปวดศีรษะ คอแข็ง เป็นต้น มีประวัติบริโภคเนื้อหมูแบบสุกๆ ดิบๆ ในช่วง 14 วัน และการเพาะเชื้อจากเลือดและน้ำเยื่อหุ้มไขสันหลัง เพื่อหาเชื้อ *Streptococcus suis* สำหรับการรักษาก็จะเป็นการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงด้วยการให้ยาปฏิชีวนะผ่านทางหลอดเลือดดำ และการรักษาตามอาการ ด้วยการให้ยา ดูแลลดอาการปวด ลดอาการไข้ และลดอาการเวียนปวดศีรษะ รวมทั้ง

การรักษาแบบการประคับประคองด้วยการให้สารน้ำ สารอาหาร และเสริมเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ กรณีรับประทานอาหารลำบาก

ภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังติดเชื้อก็คือ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว และสูญเสียการได้ยิน จนถึงขั้นหูหนวกหรือที่เรียกกันว่า “หูดับ” ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากการเกิดภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากการอักเสบดังกล่าวก็จะลามจากน้ำเยื่อหุ้มสมองมายังหูชั้นใน ทำให้ภาวะหูชั้นในอักเสบ เนื่องจากคลองเคลียร์หรือกันหอยของหูชั้นในเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่รับเสียง เมื่อเกิดการอักเสบจะทำให้มีการหูดับเกิดขึ้น ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรับการผ่าตัดใส่ประสาทหูเทียมเพื่อฟื้นฟูการได้ยิน



สถานการณ์โรคหูดับในประเทศและต่างประเทศ

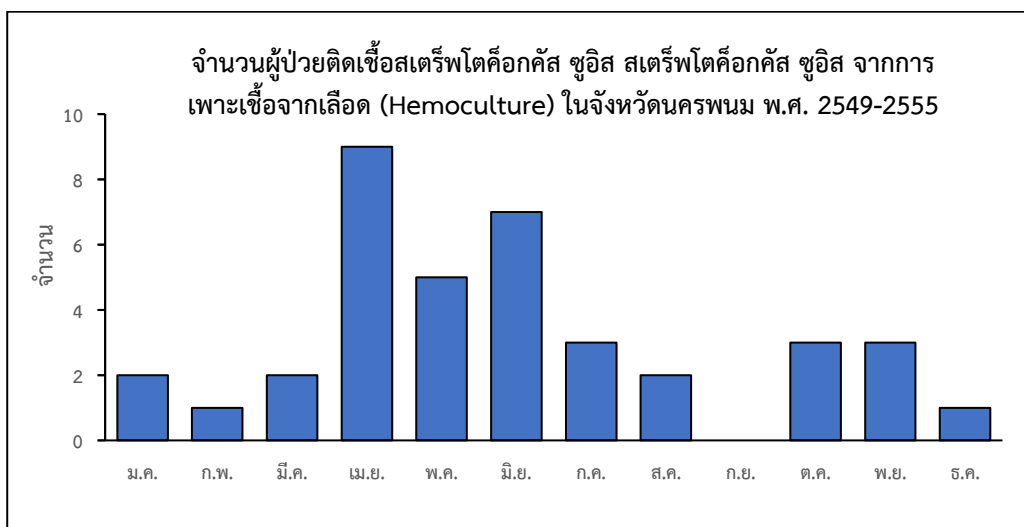
โรคหูดับ ในเอเชีย เช่น จีน ฮองกง ไต้หวัน เวียดนาม ที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมีอายุระหว่าง 20-75 ปี ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความข้องเกี่ยวกับหูไม่ว่าทางใดทางหนึ่ง มีการระบาดใหญ่ในจีนในปี 2541 พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีประวัติสัมผัสหูป่วยที่เลี้ยงไว้ที่บ้าน และมีประวัติการฆ่าหมูที่ป่วยโดยไม่ทราบสาเหตุ การฆ่าและไม่ถูกตามหลักสุขอนามัย ส่วนการระบาดในประเทศแถบยุโรปเกิดขึ้นกับคนงานในโรงฆ่าหมูและผู้ที่ทำงานสัมผัสหมู กล่าวได้ว่าโรคหูดับเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพแบบหนึ่ง

สำหรับในประเทศไทยมีรายงานการเกิดโรคในผู้เลี้ยงหมูและผู้ชำแหละหมู แต่การระบาดส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการบริโภคเนื้อ เครื่องใน หรือเลือดหมูที่ไม่สุก ซึ่งมักรับประทานร่วมกับสุรา^{4,6-8,11-12} โดยมีการรายงานโรคหูดับครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2530 จากโรงพยาบาลรามารัตน์⁹ จากนั้นมีการระบาดอีกหลายครั้ง การระบาดครั้งสำคัญคือในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างน้อยที่สุด 337 ราย¹⁰ เมื่อเทียบกับรายงานทั่วโลกในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยมากเป็นอันดับสองของโลก รองจากประเทศจีน จากผู้ป่วยทั่วโลก 409 ราย พบในประเทศไทย 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 11⁹ มีรายงานผู้ป่วยสูญเสียการได้ยินอย่างถาวรสูงถึงร้อยละ 45^{7,11} ในปี พ.ศ. 2543 ในจังหวัดพะเยามีรายงานอุบัติการณ์ของโรค 6.2 รายต่อแสนประชากร ทำให้สามารถคาดเดาว่าจะมีผู้ป่วยในภาคเหนือ ปีละ 730 ราย¹²

รายงานการเสียชีวิตในประเทศไทยพบ ร้อยละ 26⁹ โดยเฉพาะในจังหวัดลำพูนเมื่อปี พ.ศ. 2543 พบผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด 10 ราย มี มีประวัติรับประทานหมูและเลือดหมิตร่วมกับการดื่มสุราร่วมกันในงานศพแห่งหนึ่ง หลังจากการรับประทานภายใน 48 ชั่วโมง กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตและเสียชีวิต

ทั้งหมด¹² เหตุการณ์ครั้งนี้ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง โรคหูดับจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญสำหรับประเทศไทย เพราะมีอัตราการระบาดสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลก และสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง

นอกจากนี้ยังพบรายงานโรคหูดับในจังหวัดนครพนมและนครราชสีมา โดยในจังหวัดนครพนมระหว่างปี พ.ศ. 2549-2555 มีรายงานผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 56,057 ราย พบผู้ป่วยจำนวน 38 ราย อัตราป่วยสูงถึง 2.2 รายต่อแสนประชากรในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป พบผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 55 เกิดขึ้นในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน (ภาพที่ 1) ผู้ป่วยร้อยละ 74 เป็นผู้ชาย ร้อยละ 87 มีอาชีพทำนาและเกษตรกรรม ร้อยละ 55 มีประวัติดื่มสุรารอย่างหนัก ผู้ป่วยร้อยละ 92 มีประวัติสัมผัสหมูและรับประทานหมูสุกๆ ดิบๆ ภายใน 7 วันก่อนมีอาการ ส่วนผู้ป่วยหญิงทั้งหมด (10 คน) ให้ประวัติว่า สัมผัสหมูและเลือดด้วยมือเปล่าจากการประกอบอาหาร และทำอาหารแบบไม่สุก ในจำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสหมู ร้อยละ 12 รับประทานหมูและเลือดหมูแบบ สุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 34 ฆ่าหมูเพื่อประกอบอาหาร ผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวจำไม่ได้ว่าอาหารสุกดีหรือไม่ เพราะอยู่ในขณะประกอบอาหารได้ดื่มสุราจนเมา ทำให้จำไม่ได้ ผู้ป่วยได้หมูมาจากโรงเลี้ยงหมูอุตสาหกรรม เล่าว่า หมูที่นำออกมา เป็นหมูที่มีสุขภาพไม่ดี ซึ่งปกติหมูดังกล่าวนี้ ต้องนำไปกำจัดทิ้ง แต่มีการลักลอบนำออกมาจำหน่ายในราคาถูก ในรายงานนี้แม้ว่าไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต แต่มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 31) มีอาการหุนหันพลันแล่น ผู้ป่วยทุกคนเล่าว่า ก่อนป่วยพวกตนไม่รู้จักโรคนี้ มาก่อนเลย^{6,8} สำหรับในจังหวัดนครราชสีมา มีรายงานผู้ป่วย 5 ราย วันที่ 17 เมษายน 2561 จำนวน 5 ราย และมีการเฝ้าระวังต่อไปในพื้นที่จนถึงวันที่ 25 กรกฎาคม 2561 พบผู้ป่วย อีก 14 คน การบริโภคหมูสุกๆ ดิบๆ ทำให้เกิดโอกาสการติดเชื้อถึง 13.5 เท่า เกิดอาการสูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 502 ในปัจจุบัน กรมควบคุมโรค รายงานผู้ป่วยติดเชื้อ Streptococcus suis ในปี 2565 พบอัตราป่วยในแต่ละเดือน 11-48.5 ต่อแสนประชากร พบมากที่สุดในเดือนเมษายนและพฤษภาคม จากรายงานที่กล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหูดับส่วนใหญ่ พบในช่วงเทศกาล ร่วมกับส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงคือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานหมูแบบสุกๆ ดิบๆ นี้แสดงถึงว่าสถานการณ์โรคหูดับเกี่ยวเนื่องกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นวิถีชีวิตของบุคคล



ภาพที่ 1 กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส ซูอิส จากการเพาะเชื้อจากเลือด (Hemoculture) ในจังหวัดนครพนม พ.ศ. 2549-2555

โรคหูดกับความเปราะบางในมิติสังคมและวัฒนธรรม

มีหลักฐานการหลากหลายที่แสดงถึงมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพ และประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลมีความเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดโรคหูด Kerdin, et al¹³ ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ วัฒนธรรมพื้นที่ ความเชื่อ เศรษฐฐานะ และทัศนคติของบุคคลที่มีพฤติกรรมการบริโภคหมูดิบ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหูดในพื้นที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั้งในประเทศไทย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย สิงคโปร์ และลาว และจากการทบทวนวรรณกรรมมิติทางสังคมและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยเสี่ยงกับโรคหูด¹⁴ โดยพบโรคหูด ประมาณ 5 เท่ากลุ่มบุคคลที่บริโภคหมูดิบ หรือใกล้เคียง 4 เท่าในกลุ่มเพศชาย และประมาณ 4 เท่าในบุคคลที่สัมผัสกับหมูหรือสุกร นอกจากนี้ Kerdin¹⁵ พบว่า ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น เทศกาล กิจกรรมทางสังคม และทัศนคติ มีความเชื่อมโยงกับโรคหูด และการทบทวนวรรณกรรมยังยืนยันว่าโรคหูดส่วนใหญ่พบในวัยผู้ใหญ่ เพศชาย มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุกรหรือหมู และการบริโภคสุกรหรือหมูดิบ¹⁶⁻¹⁸ รวมทั้งวัฒนธรรมการรับประทานอาหารจากเนื้อและเลือดหมูที่ปรุงดิบหรือสุกๆ ดิบๆ มีอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศไทย เช่น การศึกษาของ กุลจิรา เพ็ชรกุล และกรรณิการ์ ณ ลำปาง¹⁹ ที่พบว่าในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการรับประทานเนื้อหมูหรือเลือดหมู ที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ เนื่องจากวัฒนธรรมและความเชื่อว่าค้ำถ้องของ ลาบ กับ ลาก เป็นค้ำมงคล ชาวบ้านจึงมักนำมาเป็นอาหารในงานมงคลต่างๆ และการศึกษาของ รุจิรา ตรีศาสตร์ และคณะ²⁰ ที่พบว่าในภาคเหนือที่เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงและมีประวัติการเกิดโรคหูดที่เกิดจากการบริโภคหมูดิบนั้น มีความเชื่อว่าการบริโภคหมูแบบดิบๆ มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงและบริโภคมากเท่าไรก็ได้²¹ แสดงให้เห็นว่าโรคหูดมีความเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคของประชาชนในเขตชนบทโดยเฉพาะในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีมาอย่างยาวนาน

จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นปัจจัยมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพ และประสบการณ์การเจ็บป่วยของบุคคลมีความเกี่ยวเนื่องต่อการเกิดโรคหูด อย่างชัดเจน ทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักการป้องกันหรือลดอัตราการเกิดโรคหูดในมิติสังคมและวัฒนธรรม

โรคหูดกับมุมมองโรคติดเชื้อที่ถูกเพิกเฉย (Neglected zoonosis disease)

การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคในกลุ่มประชากรต่างๆ เป็นองค์ความรู้ภายใต้วิชาระบาดวิทยาของ Paul Farmer²² ได้วิพากษ์กรอบแนวคิดด้านระบาดวิทยาในการวิเคราะห์โรคติดเชื้อว่า เป็นการกลบเกลื่อนอำพราง ซ่อนเงื่อนความจริงบางมุมเอาไว้ ไม่ได้มีการพูดถึงความไม่เท่าเทียมทางสังคม หรือการที่คนจนตกเป็นเหยื่อของโรคเหล่านี้ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคม แนวคิดด้านระบาดวิทยา ที่มุ่งหาสาเหตุของการเกิดโรคโดยใช้สถิติเพื่อการอธิบาย (Explanation) การสำรวจ (Exploration) และทำนายการเกิดโรค (Prediction) ต้องอาศัยการคำนวณด้วยแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ การอธิบายปรากฏการณ์การเกิดโรคด้วยวิธีการดังกล่าวไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของชาวบ้าน แนวคิดด้านระบาดวิทยาไม่สามารถแก้ปัญหาการเจ็บป่วยได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงทั้งหมด เนื่องจากไม่สามารถอธิบายการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยได้อย่างรอบด้าน เช่นเดียวกับทัศนะของ Inhorn²³ ที่มองว่า ระบาดวิทยาเป็นวิชาที่ใช้กระบวนการทัศน์ที่นิยม “โรค” จากมุมมองการแพทย์ตะวันตก Inhorn วิพากษ์ว่า ระบาดวิทยาเป็น “เข้ารับใช้” ของชีวการแพทย์ที่มีฐานคิดแบบปฏิฐานนิยม เป็นการมองประเด็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพอย่างลดทอนแยกส่วน

ใช้วิธีวิทยาที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่อ้างถึงความชัดเจนและแม่นยำ นักระบาดวิทยาเป็นผู้กำหนดและเป็นผู้ผลิต “อะไรเป็นความเสี่ยง อะไรเป็นปัญหาสุขภาพ” การกำหนดความเสี่ยงและการคิดแบบลดทอนแยกส่วนของระบาดวิทยาเป็นมุมมองที่คับแคบ ไม่ได้พิจารณาเงื่อนไขต่างๆ อย่างเป็นระบบ เป็นการมองแบบหยิบยกจัดวางภาพตัวแทน และได้ละเลยบางอย่าง ระบาดวิทยาไม่ได้เข้าไปดูในวงจร ว่าใครเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคว่าใครหรือแต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควิธีชีวิตอย่างไรบ้าง

ข้อวิพากษ์ดังที่กล่าวมาต่อมุมมองระบาดวิทยาของ Paul Farmer²³ ที่เป็นแพทย์และนักมานุษยวิทยา การแพทย์ ช่วยขยายมุมมองต่อการทำความเข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคหูดับ มักเกิดการติดเชื้อจากการประกอบอาชีพ การเลี้ยงหมู การฆ่า ช้างและ ที่ต้องสัมผัสกับสารคัดหลั่งต่างๆ ที่มีเชื้อโรค และมีความนิยมในการบริโภคเนื้อหมู ผู้ติดเชื้อมักจะเป็นแรงงานหรือคนในระบบดังกล่าว ความรุนแรงของโรคไม่เพียงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการหูดับถาวรแต่ยังเป็นอันตรายถึงชีวิตด้วย อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีอัตราการติดเชื้อที่ไม่สูงมากนักจึงทำให้โรคนี้เป็นโรคติดเชื้อที่ถูกเพิกเฉย (Neglected zoonosis disease) และทำให้พิษภัยของโรคขยายตัวขึ้นอย่างเงียบๆ ทั้งด้านอัตราการติดเชื้อ การระบาดของโรค และภาวะเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข การเกษตร และการส่งออกเนื้อหมูของไทย²⁴ โดยทั่วไปโรคหูดับมักพบในผู้ที่ทำงานในฟาร์มหรือโรงเชือด เมื่อพิจารณาถึงประเด็นการพบเชื้อในผู้ป่วยส่วนมากมักเป็นเกษตรกร หรือแรงงานที่ทำงานในฟาร์มหรือโรงเชือดไม่ใช่ผู้ประกอบการหรือเจ้าของ สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อของคนชนบท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจ และการป้องกันโรคหูดับ รวมถึงโอกาสในการเข้ารับการรักษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อดังกล่าว

ความเชื่อมีส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตน หากมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการกิน ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคหูดับ²⁵ ทำให้ประชาชนขาดการตระหนักรู้และละเลยการดูแลสุขภาพ รวมถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความเสี่ยง และการป้องกันโรค หากประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญและเล็งเห็นถึงปัญหาของกลุ่มคนที่เสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคดังกล่าว จะช่วยป้องกันโรคหูดับได้ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในทุกมิติ ทั้งด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภค รวมถึงไปมาตรฐานความปลอดภัยและการรักษาความสะอาดของการประกอบการอีกด้วย ซึ่งจะอาศัยแนวคิดมาตรการการควบคุมด้วยหลักการทางด้านระบาดวิทยาอย่างเดียวยังไม่พอ ต้องทำความเข้าใจมิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและพฤติกรรมการกินของประชาชนในแต่ละพื้นที่ด้วย

แนวคิดการดูแลและควบคุมโรคหูดับ

จากข้อมูลสถานการณ์ ปัจจัยมิติสังคมและวัฒนธรรม และมุมมองโรคติดเชื้อที่ถูกเพิกเฉยโรคหูดับ ผู้เขียนจึงรวบรวมการทบทวนวรรณกรรมเสนอแนวคิดการดูแลและควบคุมโรคหูดับ ดังนี้

1. การดูแลและรักษา

ทีมสุขภาพควรมีกระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรคหูดับให้อย่างรวดเร็ว โดยการให้ความรู้ผ่านการอบรมและทบทวนทีมสุขภาพทั้งในระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการเฝ้าระวังโรค ข้อมูลด้านคลินิกและข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ ในการจัดการวางแผนงานทางด้านการรักษาพยาบาลการควบคุมและป้องกันโรค รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหูดับ

จากปัจจัยมิติสังคมและวัฒนธรรม ที่มีสุขภาพ วรรณรงค์การบริโภคสุกรหรือหมูอย่างสุกลักษณะทั้งในระดับบุคคลและชุมชน โดยการให้ความรู้และวิธีการในการประกอบอาหารจากสุกรหรือหมูให้สะอาดและสุกอย่างเคร่งครัด¹⁵ หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารจากสุกรหรือหมูดิบ โดยต้องใช้ความร้อนสูงถึง 70 °C ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เน้นย้ำให้เนื้อหมูสุกน้ำต้มเป็นสีใส มากกว่าที่จะเป็นสีชมพูเพื่อเป็นการรับประกันว่าอาหารสุกจริง รวมทั้งการประสานงานกับผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ปศุสัตว์ เป็นต้น ในการควบคุมการผลิตเนื้อสุกรให้ได้มาตรฐาน และประเมินคุณภาพเนื้อสุกรอย่างต่อเนื่อง

ควรมีนโยบายอย่างชัดเจน ประกาศ สื่อสารและการรณรงค์ในหลากหลายรูปแบบ เช่น แผ่นพับ จุลสาร สื่อโทรทัศน์²⁶ รวมทั้งการใช้สื่อทางออนไลน์ต่างๆ ที่บุคคลจะสามารถเข้าถึงได้ เช่น YouTube Facebook เป็นต้น โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลต่างๆ ควรมีการตรวจเช็คอย่างต่อเนื่อง และรายงานสถานการณ์ระยะเพื่อให้ข้อมูลอย่างทั่วถึงกับบุคคลทุกระดับในสังคมและชุมชน

ควรมีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคหูดับ แนวทางหรือแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบท และบุคคลแต่ละพื้นที่²⁷ รวมทั้งการศึกษาวัดขึ้นหรือยาในการควบคุมโรคหูดับ²⁸ นอกจากนี้ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้รับทราบในข้อมูลดังกล่าวที่บุคคลทุกระดับในสังคมและชุมชนได้เข้าถึงและเข้าใจอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Goyette-Desjardins G, Auger JP, Xu J, Segura M, Gottschalk M. Streptococcus suis, an important pig pathogen and emerging zoonotic agent-an update on the worldwide distribution based on serotyping and sequence typing. Emerg Microbes Infect 2014;3: e45. doi: 10.1038/emi.2014.45
2. Segura M, Aragon V, Brockmeier SL, Gebhart C, Greeff Ad, Kerdsin A, et al. Update on Streptococcus suis Research and Prevention in the Era of Antimicrobial Restriction: 4th International Workshop on S. suis. Pathogens 2020;9:374. doi: 10.3390/pathogens9050374
3. Lun ZR, Wang QP, Chen XG, Li AX, Zhu XQ. Streptococcus suis: an emerging zoonotic pathogen. Lancet Infect Dis. 2007; 7:201-9. doi:10.1016/S1473-3099(07)70001-4
4. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. โรคไข้อูดับ ภัยเงียบที่ควรจับตามอง [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nstda.or.th/home/news_post/sci-update-streptococcus-suis/
5. Karavanonth N, Sukkasem I, Songkram S, Jirapongsa C. Outbreak of Human Streptococcus suis Cases in Chum Phuang District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, 2018.

- Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal 2019;12:136–143. doi: 10.59096/osir.v12i4.262928.
6. Praphasiri P, Owusu JT, Thammathitiwat S, Ditsungnoen D, Boonmongkon P, Sangwichian O, Prasert K, et al. Streptococcus suis infection in hospitalized patients, Nakhon Phanom Province, Thailand. *Emerg Infect Dis* 2015; 21:345-348. doi:10.3201/eid2102.140961
 7. Kerdsin A, Segura M, Fittipaldi N, Gottschalk M. Sociocultural Factors Influencing Human Streptococcus suis Disease in Southeast Asia. *Foods* 2022;11:1190. doi: 10.3390/foods11091190
 8. Praphasiri P. Food, vulnerability, and deafness: illness experience of villagers in a north-eastern province Thailand [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol university; 2015.
 9. Donsakul K, Dejthevaporn C, Witoonpanich R. Streptococcus suis infection: clinical features and diagnostic pitfalls. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2003;34:154-8.
 10. Lun ZR, Wang QP, Chen XG, Li AX, Zhu XQ. Streptococcus suis: an emerging zoonotic pathogen. *Lancet Infect Dis* 2007;7:201-209. doi: 10.1016/S1473-3099(07)70001-4
 11. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://apps-doe.moph.go.th/boeeng/download/MIX_AW_2_AESR_6410-12.pdf
 12. Kerdsin A. Human Streptococcus suis Infections in Thailand: Epidemiology, Clinical Features, Genotypes, and Susceptibility. *Trop Med Infect Dis* 2022;7:359. doi: 10.3390/tropicalmed7110359
 13. Kerdsin A, Segura M, Fittipaldi N, Gottschalk M. Sociocultural Factors Influencing Human Streptococcus suis Disease in Southeast Asia. *Foods* 2022; 11:1190. doi: 10.3390/foods11091190. PMID: 35563913; PMCID: PMC9102869.
 14. Rayanakorn A, Goh BH, Lee LH, Khan TM, Saokaew S. Risk factors for Streptococcus suis infection: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 2018;8:13358. doi: 10.1038/s41598-018-31598-w
 15. Kerdsin, A. Human Streptococcus suis Infections in Thailand: Epidemiology, Clinical Features, Genotypes, and Susceptibility. *Trop Med Infect Dis* 2022; 7:359. doi: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7110359>
 16. Khadthasima N, Hannwong T, Thammawitjaya P, Pingsusean D, Akkanij B, Jaikhar A, et al. Human Streptococcus suis outbreak in Phayao Province, Thailand, 2007. *OSIR J* 2008; 1:4–7.
 17. Rayanakorn A, Goh BH, Lee L-H, Khan TM, Saokaew S. Risk factors for Streptococcus suis infection: A systematic review and meta-analysis. *Sci. Rep* 2018;8:13358.

18. Mingkwan W. Clinical characteristics and the predicting factor of septic shock caused by Streptococcus suis serotype 2 infection, Uttaradit hospital. Uttaradit Hosp. Med Bull 2011;26:11–24.
19. กุลจิรา เพ็ชรกุล, กรรณิการ์ ณ ลำปาง. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสซุอิสของประชาชน จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563;16:13-23
20. รุจิรา ดุริยศาสตร์, ณิชชาธร ภาโนมัย, สรรเพชร, อังกิตตระกุล, ฐิติมา นุตราชวงศ์. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ Streptococcus suis ของประชาชนในตำบลนาข่ม และตำบลโพนจาน อำเภอพวนสวรรค์ จังหวัดนครพนม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2558;22:75-84.
21. ศุภร พึ่งลัดดา, ประเสริฐ ทองเจริญ. โรคติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส ซุอิส ในมนุษย์: ทบทวนรายงานในประเทศไทย และจุลชีววิทยา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548;14:581-90.
22. Farmer P. Social inequalities and emerging infectious diseases. Emerg Infect Dis. 1996; 2:259-269. doi: 10.3201/eid0204.960402
23. Inhorn MC. Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences? Soc Sci Med. 1995; 40:285-290. doi: 10.1016/0277-9536(94)e0029-r
24. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). โรคไข้หูดับ ภัยเงียบที่ควรจับตามอง [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nstda.or.th/home/news_post/sci-update-streptococcus-suis/
25. Sathawornwiwat A, Kengkanpanich M, Saengrat N, Sangjan J. Factors Predicting Raw Meat Consumption Behavior among People Chiang Klang District, Nan Province. Thai Journal of Health Education 2020;43:25-37.
26. Takeuchi D, Kerdsin A, Akeda Y, Chiranairadul P, Loetthong P, Tanburawong N, et al. Impact of a Food Safety Campaign on Streptococcus suis Infection in Humans in Thailand. Am J Trop Med Hyg 2017;96:1370-1377. doi: 10.4269/ajtmh.16-0456. PMID: 28719258; PMCID: PMC5462574.
27. Segura M, Aragon V, Brockmeier SL, Gebhart C, Greeff A, Kerdsin A, et al. Update on Streptococcus suis Research and Prevention in the Era of Antimicrobial Restriction: 4th International Workshop on S. suis. Pathogens 2020;9:374. doi: 10.3390/pathogens9050374. PMID: 32422856; PMCID: PMC7281350.
28. Kralova N, Stepanova H, Gebauer J, Norek A, Matiaszkova K, Zouharova M, Nedbalcova K, Babak V, Jarosova R, Makovicky P, Kucharovicova I, Simek B, Plodkova H, Pecka T, Matiasovic J. Vaccine against Streptococcus suis Infection in Pig Based on Alternative Carrier Protein Conjugate. Vaccines (Basel) 2022;10:1620. doi: 10.3390/vaccines10101620. PMID: 36298485; PMCID: PMC9612095.

อาหารและความปลอดภัยของอาหารต่อการพัฒนาการด้านสมอง ของทารกในครรภ์

ขจิต บุญประดิษฐ์ ปร.ด.¹

จตุพร ตันตะโนกิจ ปร.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายซึ่งมีโครงสร้างและหน้าที่ที่ซับซ้อน และเป็นรากฐานของการพัฒนาหลายด้าน การส่งเสริมการพัฒนาทางด้านการสมองของทารกในครรภ์ เป็นช่วงเวลาทองในการพัฒนาสมอง ระบบประสาท ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าผ่านช่วงนี้ไปแล้วไม่สามารถย้อนกลับมาพัฒนาได้ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มสำคัญ เนื่องจากพัฒนาการของทารกในครรภ์ได้รับอิทธิพลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมเหล่านี้หากหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ ทัศนคติ และการกระทำของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม จะเป็นอันตรายขณะตั้งครรภ์อาจจะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด พัฒนาการล่าช้า ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นบทความนี้จึงนำเสนอ เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์ และความปลอดภัยของอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาการทางด้านการสมองของทารกในครรภ์ รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมอาหารและความปลอดภัยของอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในส่งเสริมพัฒนาการทางด้านการสมองของทารกในครรภ์

คำสำคัญ : อาหาร พัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding Author email: mhom20@yahoo.co.th

วันที่รับ (received) 22 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ธ.ค. 2566

Food and Food Safety on Fetal Brain Development

Khajit Boonpradit Ph.D.¹

Jatuporn Tuntanokij Ph.D.^{1*}

Abstract

The brain is the most crucial organ in the body, with a complex structure and function. It serves as the foundation for various aspects of development and significantly influences efficient learning. The prenatal period is a golden time for brain development, and promoting the development of the fetal brain during pregnancy is crucial. The nervous system's development during this period has a profound impact on effective learning. Once this critical phase passes, it becomes challenging to revert and support development, particularly in pregnant women, who play a pivotal role. The fetus's development during pregnancy is influenced by maternal behaviors, especially dietary habits. The knowledge, attitudes, and actions of pregnant women, if inappropriate, can pose risks to the fetus, leading to abnormalities and developmental delays. These risks have far-reaching consequences, affecting physical, mental, social, and economic aspects. This article aims to present information on the beneficial aspects of nutrition for fetal brain development during pregnancy and the essential safety of food for the fetal brain's developmental process. It also discusses the role of nurses in promoting nutrition and food safety, providing fundamental information for the development of guidelines for caring for pregnant women to enhance fetal brain development.

Keywords: foods, fetal brain development, pregnant women

¹ Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

* Corresponding Author email: mhom20@yahoo.co.th

บทนำ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2060-2569) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมอัตราการเกิดและยังคงให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กอย่างมีคุณภาพตั้งแต่ช่วงก่อนคลอด เช่น การคลอดทั้งหมดจะต้องดำเนินการตามแผนและการสนับสนุนสำหรับการตั้งครรภ์ ทารกต้องแข็งแรงและเติบโตด้วยคุณภาพ ภายใต้นโยบายนี้มีการรณรงค์ “สาวไทยแก้มแดง” เพื่อสนับสนุนให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับโฟเลต 400 ไมโครกรัม เพื่อป้องกันความบกพร่องของท่อประสาทโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ¹ ได้แนะนำว่า “มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต” เป็นโอกาสทองต่อพัฒนาการของเด็ก ซึ่งเป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยนำไปปฏิบัติเช่นกัน ในปัจจุบันความสำคัญของพัฒนาการด้านสมองเป็นปัจจัยสำคัญของพัฒนาการของทารกในครรภ์และเด็กปฐมวัย โดยถือเป็นวาระแห่งชาติของประเทศไทย พัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์ เริ่มต้นในสัปดาห์ที่สามของการตั้งครรภ์ โดยมีการขยายของเซลล์ประสาทมากมายและยังคงดำเนินต่อไปจนกระทั่งช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือตลอดชีวิต² ถ้าหญิงตั้งครรภ์บริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์และปลอดภัยส่งผลต่อพัฒนาการด้านระบบประสาทของทารกในครรภ์ได้³

สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายซึ่งมีโครงสร้างและหน้าที่ที่ซับซ้อน⁴ สมองเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทั้งหมดในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้ความเข้าใจ ปัญญา ภาษา การสื่อสาร สังคมและการมีปฏิสัมพันธ์⁵ เด็กไทยมีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยเป็นจำนวนมากมาเป็นระยะเวลานาน โดยพบมากถึงร้อยละ 30 ต่อเนื่องมานาน 10 ปี⁶ จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 พบว่าคะแนนความฉลาดและคะแนนความฉลาดทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 98.23 และร้อยละ 22.9 ซึ่งเป็นคะแนนที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน⁶ และน้ำหนักของทารกแรกเกิดเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินพัฒนาการร้อยละ 8.6 เป็นปัญหาเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิด การเจ็บป่วย พัฒนาการล่าช้าในทุกด้าน และเมื่อเด็กอายุ 1-2 ปี มีพัฒนาการด้านสติปัญญา และทักษะการเคลื่อนไหวช้า มีการตายก่อนวัยอันควรจากระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวานเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดในภาวะปกติ⁷ จะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารระหว่างตั้งครรภ์มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ เนื่องจากทารกในครรภ์ได้รับพลังงานและสารอาหารจากมารดาผ่านทางรก เพื่อนำมาสร้างเนื้อเยื่อของระบบประสาท สมอง และอวัยวะต่างๆให้มีความสมบูรณ์

การบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์และปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยนั้นยังไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2557-2559 ในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 70.58, 77.28 และ 70.58 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับไอโอดีนเม็ดและมีระดับไอโอดีนในปัสสาวะเฉลี่ยอยู่ที่ 155.70, 147.10 และ 145.00⁸ (ระดับปกติ = 150 $\mu\text{g} / \text{l}$) การสำรวจล่าสุดในปีพ.ศ. 2559-2562 เกี่ยวกับการได้รับไอโอดีน เหล็ก และโฟเลตพบว่า ร้อยละ 70.60, 79.42, 70.56 และ 75.89 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอาหารเหล่านี้⁹ และในปี พ.ศ. 2559-2562 พบว่าร้อยละ 5.63, 5.88, 6.23 และ 6.35⁹ จากปัญหาที่คงเป็นอยู่นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ ความตระหนักและทำให้เกิดพฤติกรรมในการให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาหารในหญิงตั้งครรภ์ ในยุคปัจจุบันพบว่า มีสื่อที่หลากหลายในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แต่ในประเด็นที่ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองของทารกในครรภ์นั้นยังมีน้อย และอีกส่วนที่สำคัญเกี่ยวกับอาหารคือ ความปลอดภัยของอาหาร ประเด็นนี้ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ปฏิบัติอย่างกว้างขวางในคลินิกฝากครรภ์ ข้อมูลที่ให้ไว้สำหรับหญิงตั้งครรภ์นั้นไม่ครอบคลุมและจำกัดอยู่ในบางประเด็น เช่น รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารดิบ ผักสด และอาหารหมักดองตลอดจนชา และกาแฟ ควรมีการให้ข้อมูลด้านการเลือกอาหารและการเตรียม

อาหารมากขึ้น ความปลอดภัยของอาหารครอบคลุมถึงสุขอนามัยการทำอาหาร การแยกระหว่างอาหารที่ปรุงสุกและดิบ เครื่องใช้ในครัว การเก็บรักษาอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสมและปราศจากสารเคมี¹⁰ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการแนะนำให้บริโภคอาหารที่ปรุงสุกเพื่อป้องกัน Listeriosis และ Toxoplasmosis ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาทางระบบประสาทและความพิการทางสติปัญญา¹¹⁻¹² ตะกั่ว ปรอท สารหนู และยาฆ่าแมลง สามารถทำให้เกิดความผิดปกติด้านสมองของทารกในครรภ์ และความผิดปกติด้านระบบประสาท^{3,13,14-15} ซึ่งในปัจจุบันจากประสบการณ์ในการทำงานแผนกฝากครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ปนเปื้อนสารอันตรายที่ส่งผลต่อทารกในครรภ์น้อย แต่มีความรู้เกี่ยวกับควรป้องกันอันตรายจากสารเคมี เช่น การวิจัยในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมความปลอดภัยด้านอาหารในระดับสูงมาก¹⁶⁻¹⁷ แต่ไม่ได้กล่าวถึงว่าอันตรายจากการได้รับอาหารที่ปนเปื้อนนั่นส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านสมองของทารกในครรภ์อย่างไรบ้าง

ซึ่งในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอ อาหารที่มีประโยชน์ต่อพัฒนาการด้านสมองของทารกในครรภ์ และความปลอดภัยของอาหาร รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมอาหารและความปลอดภัยของอาหาร อันจะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สารอาหารที่จำเป็นต่อพัฒนาการทางด้านสมองของทารกในครรภ์

สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อพัฒนาการทางด้านสมองของทารกในครรภ์ ประกอบด้วยสารอาหาร 5 อย่าง คือ 1) โปรตีน (Protein) มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของสมอง 2) DHA (Docosahexaenoic acid) ช่วยบำรุงเซลล์สมอง 3) โฟเลต (Folate) ป้องกันโรคหลอดประสาทไม่ปิด 4) ธาตุเหล็ก (Iron) เป็นตัวสำคัญทำหน้าที่ในการเสริมสร้างการทำงานของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงและ 5) ไอโอดีน (Iodine) มีความจำเป็นต่อพัฒนาการทางสมอง ระบบประสาท สารอาหารทั้ง 5 ตัวนี้มีส่วนในการสร้างและพัฒนาระบบสมองและประสาทของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นตัวที่สำคัญอย่างยิ่งที่ต้องอธิบายและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อนำสู่การปฏิบัติ มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรตีน (Protein) โปรตีนมีความสำคัญอย่างมากต่อการสร้างเซลล์ของทารกในครรภ์ มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของสมอง เป็นจุดเริ่มต้นในการสร้างโครงสร้างทุก ๆ เซลล์ในร่างกายเป็นสารอาหารหลักที่ช่วยในการสร้างและเพิ่มขนาดเซลล์ เพิ่มปริมาณเลือด สร้างน้ำย่อย เสริมภูมิคุ้มกัน² หญิงตั้งครรภ์ต้องการโปรตีนคุณภาพในปริมาณสูง เพื่อสร้างเซลล์ในระยะ 3 เดือนแรกซึ่งเป็นระยะที่เซลล์สมองมีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตเร็วที่สุด ดังนั้นถ้าได้รับโปรตีนไม่เพียงพอหรือขาดโปรตีนส่งผลโดยตรงต่อสมอง คือพัฒนาการล่าช้า เกิดภาวะปัญญาอ่อน¹⁸ ส่งผลต่อสมองทางอ้อม คือ การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine growth restriction, IUGR) และส่งผลต่อระบบอื่น ๆ คือภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำและกล้ามเนื้อ^{2,15}

แหล่งและปริมาณของโปรตีน ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ทุกชนิดและผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ หมู ปลา ไก่ นม ไข่ รวมถึงถั่วเหลือง และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ ปริมาณโปรตีนที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับวันละ 1-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว/วัน¹⁹ ปริมาณโปรตีนที่มีในเนื้อสัตว์ เทียบสัดส่วนโปรตีนในปริมาณ 100 กรัม เช่น เนื้อวัว มี 22 กรัม เนื้อไก่ มี 23 กรัม เนื้อปลา มี 13 กรัม นมวัว มี 8 กรัม ไข่ไก่ 1 ฟอง มี 7 กรัม โปรตีนที่มีในพืช ถั่วเปลือกแข็ง เช่น อัลมอนด์ เม็ดมะม่วงหิมพานต์ วอลนัท ปริมาณ 1/4 ถ้วย ให้โปรตีนประมาณ 5-6 กรัม ถั่วเหลือง รวมถึงผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เช่น น้ำเต้าหู้ 240 มิลลิลิตร ให้โปรตีน 7 กรัม เต้าหู้ขนาด 85 กรัม ให้โปรตีน 8 กรัม ผลิตภัณฑ์จากถั่วลิสงที่ให้โปรตีนสูง โดยเนยถั่ว

2 ช้อนโต๊ะ ให้โปรตีนถึง 7 กรัม แต่ควรเลือกสูตรที่มีน้ำตาลน้อย ตัวอย่างปริมาณโปรตีนใน 1 วัน เช่น เนื้อสัตว์ 12-15 ช้อนกินข้าว ไข่ 3 ฟอง เต้าหู้แข็ง 24 ช้อนโต๊ะ นม 2-3 แก้ว (200 ซีซี) ถั่วเมล็ดแห้ง 12-15 ช้อนโต๊ะ การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนนั้นแนะนำให้ปรุงสุกเพื่อประโยชน์ทางด้านอาหาร และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานแบบดิบ ๆ สุก ๆ เพราะจะทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือพยาธิกับอาหารด้วย โปรตีนเป็นสารอาหารที่มีให้เลือกหลากหลายขึ้นอยู่กับผู้บริโภคสนใจหรือมีข้อจำกัดในการเลือก เช่น ไม่กินสัตว์ใหญ่ มีโรคบางโรคที่ไม่สามารถทานได้ ดังนั้น แนวทางในการเลือกโปรตีนจึงมีความสำคัญที่จะเลือกให้เหมาะสมกับความต้องการและปริมาณที่เพียงพอ

2. DHA (Docosahexaenoic acid) DHA เป็นอาหารที่จำเป็นในการสร้างโครงสร้างของสมอง บำรุงเซลล์สมอง และเพิ่มประสิทธิภาพพัฒนาการด้านสติปัญญา⁸ กรดไขมันชนิดนี้ เป็นสารที่ร่างกายไม่สามารถสร้างขึ้นเองได้ แต่ได้จากอาหารที่บริโภค คือ ปลา สมองมนุษย์ก่อนกำเนิดมีไขมันชนิดนี้เป็นส่วนประกอบอยู่ครึ่งหนึ่ง ส่วนที่เหลือจะได้อีกในช่วงปีแรกของชีวิต เพราะฉะนั้น DHA จึงมีความสำคัญมากต่อสตรีในระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตรที่ช่วยให้สมองทารกพัฒนาและเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ โดยหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ DHA วันละ 300 มิลลิกรัม ถ้าขาด DHA จะส่งผลต่อสมองทารกในครรภ์ทางตรง มีปัญหาระบบประสาท มีพัฒนาการล่าช้าและส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ คือ สายตา^{2,15} DHA มีมากในอาหารประเภทปลาทะเล เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาทูน่า ปลาแซลมอน ปลาซาบะ ปลาแมคเคอเรล ปลานิลทะเล ปลาดุกทะเล รวมถึงหอยนางรม หอยพัด หอยกาบ กุ้ง และปลาหมึก แต่หญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังสารปรอทที่อาจเจือปนอยู่มาจากปลาบางชนิดหรือบางตัวด้วย ปลาที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น ปลาฉลาม ปลาอินทรี ปลาไหลพิษ ปลากระโทงแทงดาบ ปลาทูน่า ปลากระพง ปลาฮาไลต์ ปลามาลิน ปลา วอลล์อาย ปลาจำพวกกะพงปากกว้าง ปลาเก๋า ปลาสำลีน้ำลึก เพราะปลาพวกนี้จะมีสารปรอทเจือปนอยู่มาก ควรเลือกรับประทานปลาทะเลชนิดอื่นๆ ที่มีสารปรอทเจือปนอยู่น้อยแทน

แหล่งและปริมาณของ DHA เช่น ปลาทูน่า เทียบสัดส่วนในปริมาณ 100 กรัม มี DHA 2-3 กรัม ปลาอีเก ปลากระพง ปลาตาเดียว 100 กรัม มี DHA 2 กรัม ข้อควรระวัง ผู้ที่แพ้ปลาทะเลและผู้ที่กำลังได้รับยาแอสไพริน ไม่ควรทานน้ำมันปลา ตัวอย่างปริมาณ DHA ใน 1 วัน เช่น ปลาที่พบบ่อย เช่น ปลาดุก ปลากระพง ปลาเก๋า ปลาสำลี ซึ่งปลาแต่ละชนิดมีปริมาณ DHA ที่ต่างกัน แนะนำให้รับประทานปลาที่หลากหลาย และระวังในเรื่องของสารเคมีที่ปนเปื้อนจากอาหารทะเล หรืออีกช่องทางหนึ่งในการได้รับ DHA ที่เพียงพอคือ ในรูปแบบของอาหารเสริมที่มีหลากหลายยี่ห้อ ควรเลือกให้เหมาะสมกับปริมาณที่ควรได้รับไม่มากหรือน้อยเกินไป

3. โฟเลต(Folate) หรือวิตามินบี 9 (Vitamin B₉) โฟเลตเป็นสารอาหารสำคัญที่ช่วยสร้างเซลล์สมองระบบประสาท และไขสันหลังในทารกในครรภ์ ป้องกันโรคหลอดประสาทไม่ปิด และยังมีส่วนสำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง การสังเคราะห์สารพันธุกรรม คือ DNA มีความจำเป็นในการแบ่งเซลล์และการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่างๆ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับโฟเลตวันละ 400-800 ไมโครกรัม รับประทานโฟเลตในระยะก่อนการตั้งครรภ์นานอย่างน้อย 6 สัปดาห์แล้วรับประทานต่อในระยะตั้งครรภ์ 3 เดือนแรก ถ้าขาดโฟเลต ส่งผลโดยตรงต่อสมองทารกในครรภ์ ทำให้เกิดความพิการทางสมองและมีความเสี่ยงต่อการเป็นท่อน้ำไขสันหลังผิดปกติ เช่น Spina Bifida และส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆ เช่น ปากแหว่งเพดานโหว่ ภาวะซีด^{2,6,18} อาหารที่มีโฟเลต ได้แก่ ไข่แดง ตับ ผักใบเขียวเข้ม แครร์รอต แคนตาลูป ฟักทอง เอพริคอต อะโวคาโด ถั่ว แป้งไรย์แบบสีเข้มที่ไม่ผ่านการขัดสี ทอรัลูลายีสต์ เป็นต้น

แหล่งและปริมาณของโฟเลต ในกลุ่มผัก เช่น กลุ่มผัก เทียบสัดส่วนในปริมาณ 100 กรัม โหระพา มี 160 ไมโครกรัม กุยช่าย 97 ไมโครกรัม แขนงกะหล่ำ 97 ไมโครกรัม ผักคะน้า 80 ไมโครกรัม กลุ่มผลไม้ ทุเรียนหมอนทอง ในปริมาณ 100 กรัม มี 155 กรัม สตรอเบอรี่ มี 98 กรัม กล้วยนน้ำหว่า มี 37 กรัม มะม่วง

เขียวสวดยสุก มี 67 กรัม กลุ่มข้าว ข้าวไรซ์เบอร์รี่ มี 25 กรัม ข้าวหอมมะลิ มี 13 กรัม ตัวอย่างปริมาณโฟเลตที่ควรได้รับใน 1 วัน เนื่องจากโฟเลตจะมีมากในผักใบเขียวและผลไม้ซึ่งต้องกินในปริมาณที่เยอะ และในปัจจุบันพบว่าสารเคมีที่ตกค้างในผักและผลไม้มีจำนวนมากเช่นกัน ดังนั้น ก่อนที่จะรับประทานต้องผ่านการล้างทำความสะอาด หรือผ่านความร้อนในระดับที่ได้มาตรฐานก่อน สำหรับโฟเลตในหญิงตั้งครรภ์ ปัจจุบันพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์จะได้รับในวิตามิน Triferdine ทุกราย ในวิตามินจะมีส่วนประกอบของกรดโฟลิก 400 ไมโครกรัม ซึ่งเพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ส่วนการรับประทานยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมแนะนำให้รับประทานพร้อมกับวิตามินซี เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม เป็นต้น

4. ธาตุเหล็ก (Iron) เป็นตัวสำคัญทำหน้าที่ในการเสริมสร้างการทำงานของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ซึ่งจะช่วยนำออกซิเจนไปให้ทารกในครรภ์ ขาดธาตุเหล็กส่งผลต่อสมองโดยตรง ทำให้พัฒนาการล่าช้า มีระดับไอคิวต่ำลง 5-10 จุด ส่งผลต่อสมองทางอ้อมคือ พัฒนาการทางการเรียนรู้ล่าช้า^{2,15,18} อาหารที่มีธาตุเหล็กในเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อแดง เนื้อวัว เนื้อหมู ตับ ไข่แดง หอยกาบ หอยนางรม ผลิตภัณฑ์จากธัญพืชสำหรับทารก ลูกพืชแห้ง ข้าวโอ๊ต ถั่วต่าง ๆ ผักและผลไม้ที่มีเหล็กสูง หน่อไม้ฝรั่ง ผักกูด ถั่วฝักยาว ผักแว่น เห็ดฟาง พริกหวาน ใบแมงลัก ใบกะเพรา มะกอก กระถิน อะโวคาโด บัตร์ด หยั้งตั้งครรภ์ควรได้รับธาตุเหล็กวันละ 30-40 มิลลิกรัม การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหารควรกินพร้อมกับวิตามินซีสูง เช่น เบอร์รี่ต่างๆ บรอกโคลี ผลไม้ตระกูลส้ม พริก ฝรั่ง มะขามป้อม มะเขือเทศ น้ำเสาวรส มะละกอ เป็นต้น

แหล่งและปริมาณของธาตุเหล็ก เช่น ประเภตเนื้อสัตว์ เทียบสัดส่วนในปริมาณ 100 กรัม หมู (ตับอ่อน) มี 65.5 มิลลิกรัม หมู (ปอด) มี 47.6 มิลลิกรัม วัว (เลือด) มี 44 มิลลิกรัม ไก่ (เนื้อและหนัง) 16 มิลลิกรัม วัว (เนื้อ) 8 มิลลิกรัม กุ้งน้ำจืด 69 มิลลิกรัม หอยนางรม 33 มิลลิกรัม กุ้งทะเล 14 มิลลิกรัม ปลาทูสด 11 มิลลิกรัม ปลาดุก 8 มิลลิกรัม หอยแครง 6 มิลลิกรัม ไข่เป็ด 6 มิลลิกรัม ไข่ไก่ 3 มิลลิกรัม ประเภตธัญพืช ถั่วแดง มี 44 มิลลิกรัม เต้าหู้เหลืองและเต้าหู้ขาวอ่อน 14 มิลลิกรัม ถั่วเหลือง 10 มิลลิกรัม ลูกเดือย 5 มิลลิกรัม เมล็ดฟักทอง 9 มิลลิกรัม เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ 3 มิลลิกรัม ประเภตผัก ผักกูด มี 36.3 มิลลิกรัม ขมิ้นขาว 26 มิลลิกรัม เห็ดฟาง 22 มิลลิกรัม กระเพราแดง 15 มิลลิกรัม ขึ้นฉ่าย 13 มิลลิกรัม ตัวอย่างปริมาณธาตุเหล็กที่ควรได้รับใน 1 วัน เนื่องจากธาตุเหล็กพบมากในเนื้อแดง เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เช่น เนื้อหมู 2 ช้อนโต๊ะ (0.6 มิลลิกรัม) ไข่ไก่ 1 ฟอง (0.8 มิลลิกรัม) หรือเนื้อปลาช่อน 2 ช้อนโต๊ะ (1.8 มิลลิกรัม) ผักสุก 1.5 ช้อนโต๊ะ เช่น แคร้งรอต (0.25 มิลลิกรัม) มะละกอสุก (0.3 มิลลิกรัม) และหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับวิตามิน Triferdine ที่มีส่วนประกอบของ ธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัม เมื่อไปฝากครรภ์ ซึ่งเพียงพอสำหรับหญิงตั้งครรภ์ การรับประทานยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมแนะนำให้รับประทานพร้อมกับวิตามินซี เช่น น้ำมะนาว น้ำส้ม หรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ลเขียว เป็นต้น

5. ไอโอดีน (Iodine) ไอโอดีน มีความจำเป็นต่อพัฒนาการทางสมอง ระบบประสาทและความจำเป็นของทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับไอโอดีนวันละ 250 ไมโครกรัม ถ้าขาดไอโอดีนจะส่งผลต่อสมองของทารก คือ พัฒนาการล่าช้า ระดับไอคิวต่ำลง 12-13.5 จุด มีปัญหาาระบบประสาท ส่งผลทางอ้อม คือ มีน้ำหนักตัวน้อย แคร้งแกร้ง และส่งผลต่อระบบอื่นๆ เช่น โรคคอพอก และหูหนวก^{2,15,18} แหล่งอาหารที่มีไอโอดีน เช่น เกลือเสริมไอโอดีน และอาหารทะเลทุกชนิด เช่น ปลาทะเล กุ้ง ปู หอย ปลาหมึก สาหร่ายทะเลสีน้ำตาล ฯลฯ รวมถึงผักที่ปลูกในดินที่มีแร่ธาตุไอโอดีนสูง

แหล่งและปริมาณของไอโอดีน เช่น ไอโอดีน เทียบสัดส่วนในปริมาณ 100 กรัม เช่น หอยนางรม มี 160 ไมโครกรัม ชูชิ (ห่อด้วยสาหร่าย) 92 ไมโครกรัม ปลาแซลมอนกระป๋อง 60 ไมโครกรัม

ไข่ 22 ไมโครกรัม นมช็อคโกแลต 20 ไมโครกรัม นมทั่วไป 13 ไมโครกรัม ปลาพุน่ากระป๋อง 10 ไมโครกรัม ตัวอย่างปริมาณไอโอดีนที่ควรได้รับใน 1 วัน เช่น การปรุงอาหารด้วยเกลือที่ผสมไอโอดีน ½ ช้อนชา หรือเครื่องปรุงต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมของไอโอดีน สารเคมีที่ใช้ในการเสริมไอโอดีนในอาหารต่าง ๆ นั้น ปกตินิยมใช้โปตัสเซียมไอโอเดตและโปตัสเซียมไอโอไดด์ ซึ่งสารเคมีทั้งสองนี้เหมาะสมที่จะเสริมในอาหาร เช่น กะปิ น้ำกะทิ น้ำผลไม้ น้ำปลา เป็นต้น และเพื่อป้องกันการการได้รับไอโอดีนที่เกินความจำเป็นก่อนบริโภค ต้องอ่านฉลากข้างกล่องทุกครั้ง และปัจจุบันจะมีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบของวิตามิน Triferdine จำนวน 150 ไมโครกรัม

อันตรายจากอาหารที่ปนเปื้อน และวิธีการป้องกันการเกิดโรคจากอาหาร

การเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อ (Foodborne illness) เกิดจากการบริโภคอาหารที่ปนเปื้อน เชื้อจุลินทรีย์ สารพิษ หรือสิ่งแปลกปลอมอื่นที่ไม่ใช่อาหาร²⁰ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้าใจถึงอันตรายต่อทารกในครรภ์ ที่อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด อาหารปลอดภัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม²¹ กล่าวถึงอันตรายของอาหารปนเปื้อน และวิธีการป้องกันการเกิดโรคจากอาหารเป็นสื่อ ดังนี้

อันตรายจากอาหารที่ปนเปื้อน

ในปัจจุบันมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งปนเปื้อนหรือโรคจากอาหารเป็นสื่อ ซึ่งส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ และแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้บริการอาจใส่ข้อมูลลงในสมุดสุขภาพแม่และเด็กด้วย นอกจากนี้ยังมีการวิจัยสนับสนุนว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้ความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยจากอาหารเป็นสื่อมีพฤติกรรมความปลอดภัยทางอาหารดี^{17,21} โดยความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่

1. โรคลิสเทอริโอสิส เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในอาหารสำเร็จรูป อาหารปรุงไม่สุก ไม่สะอาด อาจปนมากับดินหรือผัก ผลไม้ ซึ่งทนและเจริญได้ในตู้เย็น หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงคล้ายคลึงกับเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากภูมิคุ้มกันที่เซลล์ลดลง โดยพบมากเป็น 10 เท่าของประชากรทั่วไป และ 1 ใน 7 ของโรคนี้นับเป็นหญิงตั้งครรภ์ ทำให้แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด และทารกเสียชีวิต หากรอดชีวิตจะมีปัญหาของระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะสมอง^{12,13}

2. โรคทอกโซพลาสโมสิส หรือโรคไข้แมว เกิดจากปรสิตในอาหารที่ปรุงไม่สุก ไม่สะอาด พบในอาหารที่ปนเปื้อนดิน ในอุจจาระแมว ส่งผลให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือแรกคลอด ทารกน้ำหนักน้อย ศีรษะเล็ก เกิดเลือดต่ำ ตากระตุก ชัก มองเห็นไม่ชัดถึงขั้นตาบอด หูหนวก และเป็นโรคลมชัก เป็นต้น¹² ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อทั้งสองชนิดนี้ มีเพียงการสำรวจในจังหวัดเชียงใหม่เกี่ยวกับอาการในระบบทางเดินอาหาร ขณะตั้งครรภ์พบร้อยละ 39.50¹⁷⁻¹⁸

3. สารตะกั่ว พบในไข่เยี่ยวม้า ภาชนะจำพวกหม้อ กระทะ หม้อต้มก๋วยเตี๋ยวที่ไม่ได้มาตรฐาน ชนิดอลูมิเนียม และจานชามเซรามิคเคลือบสีที่ใส่ของร้อน สัมผัสจากกรดกับกร่อนสี หมักพืชมพิในกระดาดช ที่นำมาใช้ห่ออาหาร²²

4. สารปรอท พบได้ในอาหารทะเลที่จับบริเวณโรงงานก๊าซ และพบในปลาช่อนซึ่งมีโรงไฟฟ้าถ่านหิน และโรงงานอุตสาหกรรม สารปรอททำให้เป็นโรคมินามาตะซึ่งมีความพิการทางสมอง สำหรับทารกในครรภ์เป็นอันตรายต่อระบบประสาท

5. สารหนู พบในน้ำดื่มใต้ดิน น้ำที่มีการปนเปื้อนยาฆ่าแมลง สารกำจัดศัตรูพืช และปุ๋ยเคมี เคยพบโรคใช้ดำนในจังหวัดนครศรีธรรมราชจากการปนเปื้อนสารหนูในน้ำดื่ม สารหนูทำให้ทารกในครรภ์ เจริญเติบโตช้า เกิดความผิดปกติแต่กำเนิด²³ เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าได้รับแคดเมียม²⁴ สารหนูสะสมในร่างกายและผ่านทางน้ำนมไปยังทารกแรกเกิดได้

6. สารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืช โดยเฉพาะชนิดคลอรีไพริฟอส ผ่านทางรกเข้าสู่ทารกในครรภ์ได้ทันที ซึ่งอาจจะเป็นอันตรายต่อสมอง พัฒนาการ และสภาพอารมณ์²⁴ และมีการสำรวจพบสารพาราควอตในทารก ปริมาณสูงในสตรีที่ทำงานในพื้นที่มีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ซึ่งมีผลต่อสมองของทารกในครรภ์²⁵

หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องความปลอดภัยของอาหารเพื่อนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากอาหารที่ปนเปื้อนได้อย่างถูกต้อง และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีสุขภาพที่ดี รวมถึงทารกในครรภ์ ไม่มีความผิดปกติใด ๆ เกิดขึ้น ภาวะอาหารของสตรีทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์

การป้องกันอาหารจากเชื้อจุลินทรีย์

การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารจากเชื้อโรคลิสเทอริโอซิส (Listeriosis) และ ทอกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ด้วยการปรุงอาหารให้สุก รักษาความสะอาด และเก็บอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสม ความร้อนจะช่วยลดสารเคมีในผัก ผลไม้ ได้บ้าง²⁶ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. จุลินทรีย์ตายที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียสขึ้นไป การปรุงอาหารจึงควรทำให้เดือดซึ่งมีอุณหภูมิประมาณ 100 องศา

2. เนื้อชิ้นโตที่ปรุงด้วยการอบ ปิ้งย่าง อาจจะสุกไม่ทั่วถึงภายในซึ่งรู้ได้จากยังมีสีแดงหรือชมพู ซึ่งไม่เหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ น้ำมะนาวหรือน้ำส้มสายชูไม่สามารถฆ่าจุลินทรีย์ได้ ยังมีความเข้าใจผิดว่าอาหารดิบมีคุณค่าทางอาหารสูง จึงควรแนะนำให้หลีกเลี่ยงอาหารต่อไปนี้ในระยะตั้งครรภ์ ไข่ลวก ไข่ดาวที่ไข่แดงไม่สุก ไข่ต้มยางมะตูม นมดิบ ชูชิ ซาซิมิหรือปลาดิบ รวมทั้งผักดิบทุกชนิด สำหรับปลาแห้ง ปลารมควัน และเนื้อแดดเดียว ต้องนำมาปรุงให้สุกอีกครั้ง

3. บริโภคอาหารทันทีที่ปรุงสุกหรือขณะยังร้อนอยู่ ตามคำขวัญ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ”

4. ล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและเมื่อปรุงอาหาร บริเวณปรุงอาหาร โต๊ะอาหาร และโต๊ะวางภาชนะใส่อาหาร ควรสูงจากพื้น 60 เซนติเมตร ระวางสัตว์รบกวนจำพวกแมลงสาบ หนู และที่สำคัญคือหลีกเลี่ยงการสัมผัสอุจจาระแมวและสุนัข และล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังการสัมผัสอุจจาระของสัตว์เหล่านั้น

5. อาหารที่ปรุงสุกแล้วยังไม่รับประทานต้องแช่ในตู้เย็นซึ่งมีอุณหภูมิ 4 องศา ความเย็นไม่สามารถฆ่าจุลินทรีย์แต่ชะลอการเจริญ จึงไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 4 วัน ในช่องแช่แข็งไม่ควรนานเกิน 1 เดือน ควรเก็บอาหารปรุงสุกแยกจากอาหารดิบเพราะอาหารดิบยังไม่ผ่านการฆ่าจุลินทรีย์ ซึ่งรวมถึงไข่ที่มีดีเยียงภาชนะที่ใช้กับอาหารดิบแล้วมาใช้กับอาหารสุกโดยไม่ทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรคก่อน เมื่อนำอาหารที่แช่ในตู้เย็นมารับประทานควรอุ่นให้ร้อนถึง 70 องศาเซลเซียสเพื่อให้แน่ใจว่าจุลินทรีย์ตาย

6. อาหารปรุงสุกไม่ควรวางไว้นอกตู้เย็นนานเกิน 2 ชั่วโมง เพราะที่อุณหภูมิ 30-35 องศาเซลเซียส เชื้อจุลินทรีย์เจริญอย่างรวดเร็ว

การป้องกันการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารจากเชื้อจุลินทรีย์ เป็นสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ควรมีความรู้ และควรปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากโรคจากเชื้อจุลินทรีย์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารก ในครรภ์มีการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต่อไป

การป้องกันอาหารจากการปนเปื้อนสารตะกั่วและปรอท

การป้องกันอาหารจากการปนเปื้อนสารตะกั่วและปรอทซึ่งสามารถพบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน เพียงแต่ให้มีความรู้และเข้าใจหลักการในการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกันการรับประทานอาหาร ที่ปนเปื้อนสารปรอทและตะกั่ว มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้^{19,27}

1. ไม่รับประทานไข่เยี่ยวม้าและอาหารที่ปรุงแต่งด้วยสีเคมีไม่ได้มาตรฐานเพื่อป้องกันสารตะกั่ว ไม่ใช้กระดาศที่มีหมึกพิมพ์ห่ออาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสีฉูดฉาด เลือกอาหารที่ใช้สีจากธรรมชาติ เช่น สีเหลืองจากฟักทอง

2. เลือกใช้ภาชนะในการปรุงหรือรับประทานอาหาร เช่น หม้อ กระทะ กาต้มน้ำ ถาด จาน ชาม หรือ ช้อน ที่ใช้กับของร้อน เปรี้ยว หรือเค็มจัด ที่ผลิตจากสแตนเลส ไม่ควรเลือกอุปกรณ์ที่ปรุงอาหารชนิดที่ผลิตจาก อลูมิเนียมหรือสังกะสีเพื่อป้องกันสารตะกั่ว หรือหม้อต้มก๋วยเตี๋ยวควรเลือกหม้อที่ผ่านมาตรฐาน ผลิตกันที่อุตสาหกรรม (มอก.)

3. ไม่ใช้แก้วถ้วยชามชนิดเซรามิคเคลือบสีกับของร้อน เปรี้ยว หรือเค็มจัดเพื่อป้องกันสารตะกั่ว ควรเลือกใช้แก้วอะคริลิกใสไม่มีสีและทนความร้อนได้

4. ไม่รับประทานปลาทะเลน้ำลึกขนาดใหญ่เพื่อหลีกเลี่ยงสารปรอท เช่น ปลาฉลาม ปลาฉนาก ปลาคิงแมคเคอเรล และปลาโทล์ฟิช ปลาทะเลขนาดกลาง เช่น แซลมอน ทูน่า อินทรี จำกัดปริมาณไม่เกิน สัปดาห์ละ 3.4 ชีด ส่วนปลาทะเลขนาดเล็ก เช่น ปลาทุ ปลอดภัยมีสารปรอทต่ำมาก ให้ระวังกุ้งขนาดใหญ่ มีการฝังตะกั่วบริเวณหัวกุ้งซึ่งอาจละลายออกมาเมื่อถูกความร้อน

5. รับประทานสัตว์น้ำที่รู้แหล่งว่าไม่อยู่บริเวณโรงงานอุตสาหกรรม หากไม่ทราบให้จำกัด การรับประทานหรือไม่รับประทานชนิดเดิมซ้ำ ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน

การป้องกันอาหารจากการปนเปื้อนสารตะกั่วและปรอท เป็นสิ่งที่ใกล้ตัวหญิงตั้งครรภ์ มีความจำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องเพิ่มความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติให้เหมาะสม สามารถป้องกันอันตราย ที่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ได้

การป้องกันผักและผลไม้ที่ปนเปื้อนสารพิษ

การป้องกันสารกำจัดศัตรูพืชและปุ๋ยเคมี เป็นสิ่งสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ควรมีความรู้ เพราะในปัจจุบัน เน้นการรับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งส่วนใหญ่อาจจะไม่ทราบถึงกระบวนการในการปลูกหรือผลิต มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกผักและผลไม้ และวิธีการในการ ลดปริมาณสารพิษที่ปนเปื้อนในผักและผลไม้ ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้^{19,27}

1. เลือกผักผลไม้ตามฤดูกาลเพราะมักจะไม่ใช่สารเคมีเร่ง และรู้แหล่งผลิตชัดเจน
2. เลือกผักผลไม้ที่ปลูกด้วยวิธีเกษตรอินทรีย์ ปลอดสารพิษ หรือของโครงการหลวง
3. เลือกชนิดที่มีร่องรอยแมลงกัดกิน ไม่มีสารเคมีติด ไม่สวย
4. เลือกชนิดมีเปลือกและปอกเปลือกทั้ง เลี้ยง หรือลดการรับประทานทั้งเปลือกในระยะตั้งครรภ์ เช่น องุ่น ชมพู สตอร์เบอร์รี่

5. ล้างถูวิธีด้วยน้ำและใช้มือถู จากนั้นแช่ในผงฟู นาน 10-15 นาที เกลือและด่างทับทิมได้ผลน้อยกว่า สำหรับผักต้องปรุงสุกเพราะความร้อนช่วยลดสารเคมีได้บ้าง

6. รับประทานผักผลไม้หลากหลายชนิดละกัน ไม่รับประทานผักหรือผลไม้ชนิดเดิมซ้ำ ๆ เพื่อกระจายความเสี่ยงในการได้รับสารพิษชนิดเดิมและเพื่อให้ได้รับวิตามินเกลือแร่หลากหลายชนิด

การป้องกันสารกำจัดศัตรูพืชและปุ๋ยเคมี ในปัจจุบันอาจจะโดยมองข้ามไป เพราะคิดว่าทุกคนสามารถปฏิบัติได้ แต่เพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับสารอันตรายจากผักและผลไม้ จึงมีความจำเป็นให้ความรู้และแนวทางการป้องกันอย่างชัดเจน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและป้องกันอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะอาหารและอาหารปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์

ในปัจจุบันการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารในหญิงตั้งครรภ์ มีความหลากหลายจากประสบการณ์ยังพบว่า การให้ความสำคัญเกี่ยวกับอาหารและความปลอดภัยของอาหารในหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของสมองทารกในครรภ์ยังมีค่อนข้างน้อย อาจจะมีหลายสาเหตุ เช่น จำนวนภาระงานค่อนข้างเยอะ จำนวนผู้รับบริการมีจำนวนเยอะพยาบาลน้อย หรืออาจจะมีความรู้ไม่เพียงพอ ดังนั้น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความเข้าใจ และมีความตระหนักในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่ปลอดภัย เพื่อส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเลือกอาหารที่ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองทารกในครรภ์และอาหารที่ปลอดภัย พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับอาหารในการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองทารกในครรภ์ จึงขอสรุปแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การพัฒนาจัดการและติดตามระบบการดูแลภาวะอาหารในหญิงตั้งครรภ์ (Care management) พยาบาลควรมีการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะอาหารในหญิงตั้งครรภ์ การรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา เพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับสารอาหารและปริมาณที่ควรได้รับซึ่งประเมินได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการซักประวัติพฤติกรรมรับประทานอาหาร การประเมินดัชนีมวลกาย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะอาหาร เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวทางที่เหมาะสมเกี่ยวกับภาวะอาหาร มีการวางแผนร่วมกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับภาวะอาหารในระยะตั้งครรภ์ สร้างทีมและจัดระบบการดูแล สร้างระบบส่งต่อเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะอาหารที่ดีเป็นการช่วยเหลือให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะอาหารกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายอาหาร เพื่อภาวะอาหารที่เหมาะสม

2. การดูแลหญิงตั้งครรภ์รวมทั้งครอบครัว เพื่อการเตรียมความพร้อมทางด้านอาหารก่อนการตั้งครรภ์ (Direct care) พยาบาลควรมีการประเมินคัดกรองเกี่ยวกับภาวะอาหาร คัดกรองภาวะเสี่ยง และวินิจฉัยภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มีภาวะอาหารที่เหมาะสมในการตั้งครรภ์ ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์ สร้างเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีความตระหนักในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะอาหาร ให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาภาวะอาหารให้สามารถจัดการหรือมีแนวทางในการดูแลตนเองได้ และจัดระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาภาวะอาหารหรือภาวะเสี่ยงเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างเหมาะสม

3. การประสานงาน (Collaboration) พยาบาลควรมีความสามารถในการประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาภาวะอาหาร ประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน องค์กรที่เกี่ยวข้อง และแหล่งประโยชน์ในสังคมของหญิงตั้งครรภ์ทางด้านภาวะอาหาร เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะอาหารที่เหมาะสม

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) พยาบาลควรมีบทบาทในการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับภาวะอาหารในระยะตั้งครรภ์ ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะอาหารในระยะตั้งครรภ์ โดยใช้ความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

สรุป

อาหารมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากในระยะการตั้งครรภ์จะมีการสร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของหญิงตั้งครรภ์และพัฒนาการของทารกในครรภ์ สารอาหารที่สำคัญต่อการพัฒนาการของสมองทารกในครรภ์ ได้แก่ โพรตีน DHA โฟเลต ไอโอดีน และธาตุเหล็ก ถ้าขาดสารอาหาร (Nutritional deficiency) เหล่านี้ในขณะตั้งครรภ์จะเป็นปัญหาทำให้เกิดความพิการของทารก (เกิดภาวะทุพพลภาพ) และการเสียชีวิต ดังนั้น การให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์และปลอดภัย เป็นการส่งเสริมและป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ได้ และส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีการตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Promoting optimal fetal development: report of a technical consultation [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 25]. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/fetal_dev_report_EN.pdf
2. Lapres J, Kersten B, Tang Y. Gunstream's Anatomy & Physiology. 6th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2016.
3. Moore KL, Dalley AF, & Agur AM. Clinically oriented anatomy. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
4. Barkovich AJ, Raybaud C. Pediatric neuroimaging. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwr; 2019.
5. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, et al. Obstetrics: Normal and problem pregnancies. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
6. National Institute for Occupational Safety and Health; 2017. Reproductive health and the workplace [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/repro/pesticides.html>
7. Ehrenkranz RA, Dusick AM, Vohr BR, Wright LL, Wraage LA, Poole WK. Growth in the Neonatal Intensive Care Unit Influences Neurodevelopmental and Growth Outcomes of Extremely Low Birth Weight Infants. Pediatrics 2006;117:1253-61.
8. Department of Health. The miracle of 1,000 days: Maternal and child nutrition, growth and development policy. Department of health Ministry of public Health, Thailand [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://thailand.un.org/sites/default/files/2022-08/UNICEF%20Thailand%-Eng.pdf>

9. Department of health; Department of health annual report 2018 [Internet]. 2018. [cited 2023 Jan 22]. Available from: <http://planning.anamai.moph.go.th>
10. World Health Organization (WHO). Five keys to safer food manual [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43546/1/9789241594639_eng.pdf
11. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites – Toxoplasmosis [Internet]. 2013 [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/>
12. U.S. FDA. Food safety for pregnant women. [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 22]. Available from: <https://www.fda.gov/food/people-risk-foodborne-illness/food-safety-pregnant-women-and-their-unborn-babies> .
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Listeria and pregnancy [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 22]. Available from: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Listeria-andPregnancy>
14. Wagijjo MA, Sheikh A, Duijts L, & Been JV. Reducing tobacco smoking and smoke exposure to prevent preterm birth and its complications. *Pediatric Respiration Reviews*; 2015,22, 3-10. Doi: [org/10.1016/j.prrv.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/j.prrv.2015.09.002)
15. Cunningham GF, Leveno K, Dashe J, Hoffman B, Spong C, & Casey B. Williams obstetrics 26th ed. McGraw Hill: Medical; 2022.
16. เกสรฯ ศรีพิชญากการ, วายุรี ลำโป, ยุพิน เพียรมงคล. พฤติกรรมการเตรียมอาหารปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม* 2561;125-131.
17. ปวิตรมา มานะดี, เกสรฯ ศรีพิชญากการ, ยุพิน เพียรมงคล. การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561;36:176-84.
18. Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary of MOPH. The Ministry of Public Health reveals the results of the “IQ” survey of Grade 1 children as higher than the standard level while “EQ” is at a normal level. Bureau of Information, Office of the Permanent Secretary of MOPH [Internet]. 2022 [Cited 2023 Jan12], Available from: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/173883/>
19. สุปรานี แจ้งบำรุง. ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักอาหาร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
20. World Health Organization (WHO). Burden of foodborne diseases in the South-East Asia Region [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 22]. Available from: http://www.searo.who.int/about/administration_structure/cds/burden-of-foodborne-sear.pdf?ua=1.

21. กรวิทย์ อยู่สกุล, เพชรรัตน์ บุญร่วมแก้ว, ศุภลักษณ์ ไพศาล, บรรณาธิการ. ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในการให้สุศึกษาเรื่องความปลอดภัยทางอาหารในหญิงตั้งครรภ์. การประชุมวิชาการระดับชาติ “วลัยลักษณ์วิจัย” ครั้งที่ 11; 27-28 มีนาคม 2562; มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. นครศรีธรรมราช: สถาบันวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
22. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์: 2562.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย เตือนอันตรายตกัวจากหม้อก๊วยเตี้ยวด้วยคุณภาพ ชี้ พิษสะสมมากเสี่ยงอัมพาต [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=2818.
23. Jin X, Tian X, Liu Z, Hu H, Li X, Deng Y, Li N, Zhu J. Maternal exposure to arsenic and cadmium and the risk of congenital heart defects in offspring. *Reprod Toxicol* 2016;59:109-16. doi: 10.1016/j.reprotox.2015.12.007.
24. Wu J, Zhang C, Pei L, Chen G, Zheng X. Association between risk of birth defects occurring level and arsenic concentrations in soils of Lvliang, Shanxi province of China. *Environmental Pollution* 2014;191:1-7. doi: 10.1016/j.envpol.2014.04.004.
25. พรพิมล กองทิพย์. พาราควอตสุดอันตราย! ส่งพิษภัยต่อจากแม่สู่ลูก แต่ลูกเจอหนักกว่า 4-6 เท่า. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaipost.net/main/detail/6140>.
https://www.matichon.co.th/local/news_352399
26. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). 5 วิธีล้างผักลดสารฆ่าแมลง [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaihealth.or.th/Content/32359-5%20วิธีล้างผัก%20ลดสารฆ่าแมลง%20.html>.
27. กองสุขภาพิบาลอาหาร สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. คู่มืออาหารปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 12 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.foodsanitation.bangkok.go.th/foodsanitation/File/media_59/manual/3.pdf.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
เดือนเพ็ญ บุญมาชู พย.ม.^{1*}, สุพัตรา เกียรติเจริญศิริ พย.ม.²**

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พบว่าเด็กที่เป็นโรค COVID-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการ แต่อย่างไรก็ตาม เด็กก็มีโอกาสเกิดอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นครูหรือผู้ดูแลเด็กที่ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 68 คน กลุ่มทดลอง 34 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 และกลุ่มควบคุม 34 คน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยงจากการใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติทดสอบ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ครูหรือผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งโดยรวม ($p < .005$) และคะแนนรายด้าน ได้แก่ การใช้หน้ากากอนามัย ($p < .044$) การเว้นระยะห่าง ($p < .006$) การส่งเสริมสุขภาพ ($p < .034$) และการจัดการด้านสุขาภิบาล ($p < .029$) สรุปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมครูหรือผู้ดูแลเด็กให้มีความสามารถในการป้องกัน COVID-19 เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง การป้องกันโรค COVID-19 ครู ผู้ดูแลเด็ก

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Corresponding author e-mail: nsmukku@hotmail.co.th

วันที่รับ (received) 18 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 พ.ย. 2566

Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Programs in COVID-19 on Prevention Behaviors of Teachers or Caregivers at Early Childhood Development Centers

Dueanphen Bunmachu M.N.S.^{1*}, Supattra Kiatcharoensiri M.N.S.²

Abstract

In the situation of the COVID-19 outbreak, it has been found that most with COVID-19 have mild symptoms or no symptoms. However, children are also at risk of developing serious complications. This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-efficacy promoting programs in COVID-19 prevention for teachers or caregivers at early childhood development centers. The study involved 68 participants divided into two groups: an experimental group of 34 individuals who received a program aimed at self-efficacy promoting programs in COVID-19 prevention, and a control group of 34 individuals who followed their regular routines. The research instruments consisted of the following: 1) the caregiver self-efficacy promoting programs in COVID-19 prevention based on Bandura's self-efficacy theory; 2) a demographic questionnaire; and 3) an assessment of COVID-19 prevention behaviors. Three qualified experts verified these tools' content validity, resulting in a content validity index of 0.98. These questionnaires yielded Cronbach's alpha of 0.748. Data were analyzed by descriptive statistics and Mann-Whitney U test. The findings demonstrated that after receiving a program aimed at enhancing self-perceived abilities in preventing COVID-19, teachers or caregivers in the experimental group exhibited significantly higher COVID-19 prevention behaviors compared to the control group, with statistical significance both overall ($z=-2821$, $p<.005$) and the scores for each aspect include the use of face masks ($p<.044$), physical distancing ($p<.006$), health promotion ($p<.034$), and sanitation management ($p<.029$). The results indicated the early childhood development center can utilize self-efficacy promoting programs in COVID-19 prevention and apply it as a guideline for teachers or caregivers to enhance their abilities in COVID-19 prevention.

Keywords: self-efficacy, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), teachers, caregivers

¹ Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

² Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

*Corresponding author e-mail: nsmukku@hotmail.co.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรค COVID-19 เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและก่อโรครุนแรงในคน ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โดยเริ่มพบในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข วันที่ 30 มกราคม 2563 จากข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบว่าทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสะสมจำนวน 694,195,991 ราย และพบยอดผู้เสียชีวิตสะสมเพิ่มสูงขึ้นถึง 6,910,651 ราย¹ ในประเทศไทยข้อมูล ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสม 3,628,347 ราย และเสียชีวิต 25,130 ราย² มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างรุนแรงและขยายวงการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างมาก จากข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบว่าเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี เป็นโรค COVID-19 จำนวน 107,059 ราย ซึ่งเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นกลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ เพราะเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะป่วยหนัก ปอดอักเสบ ระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ โดยผู้ป่วยเด็ก 29 รายที่เสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว³ นอกจากนี้ เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่มีความไวต่อการติดเชื้อสูง ระดับภูมิคุ้มกันและการทำงานของระบบทางเดินหายใจยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับเด็กโตจึงมีโอกาสติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้บ่อย เด็กมีช่องทางเดินหายใจที่แคบและสั้น เมื่อเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เยื่อทางเดินหายใจจะบวมและตีบแคบมากขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴ เริ่มเรียนรู้ที่จะออกสู่สังคมนอกบ้าน จึงมีโอกาสดังได้รับเชื้อโรคจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก⁵ โดยเฉพาะเมื่อไปอยู่ใกล้ชิดในพื้นที่ที่มีผู้คนรวมกันอยู่มาก ก็อาจติดเชื้อได้หากไม่มีการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมและดีพอ

ในปัจจุบันจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรหลานด้วยตนเอง จึงนิยมนำเด็กไปเข้าที่ศูนย์เด็กเล็กเพื่อเตรียมตัวก่อนเข้าโรงเรียน ดังนั้นศูนย์เด็กเล็กจึงเป็นสถานที่ที่เด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เมื่อเด็กเจ็บป่วยจึงมีการแพร่เชื้อโรคไปสู่เด็กอื่นได้ง่าย เนื่องจากเด็กเล็กมีภูมิคุ้มกันต่ำจึงมีโอกาสป่วยได้บ่อย โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญและพบบ่อยได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โรคมือ เท้า ปาก โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น⁶ จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มาใช้บริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 10-15 มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยพบการติดเชื้อประมาณ 3-8 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าเด็กทั่วไป⁷ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินงานเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายโรค COVID-19 ด้วยการส่งเสริมให้เด็ก ผู้ปกครอง ครูและบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ที่ถูกต้อง ดังนั้น การส่งเสริมให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ที่ถูกต้อง เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร การแยกของใช้ส่วนตัวออกจากกัน การทำความสะอาดของเล่น เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าวช่วยลดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19⁸ ซึ่งบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยเฉพาะครูหรือผู้ดูแลเด็ก ควรนำแนวทางดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อป้องกันโรค COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากการศึกษาของ ภัทธนู วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์⁹ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของกุลรัศมี ชำนินอก, พัทธราภรณ์ อารีย์ และสุธิตา

ล่ามช้าง¹⁰ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของครูหรือผู้ดูแลมีผลต่อการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับสมรรถนะของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเมื่อสามารถกระทำได้บรรลุตามเป้าหมายแล้ว จะทำให้บุคคลมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นในครั้งต่อไป¹¹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 สำหรับครูหรือผู้ดูแลเด็ก เมื่อครูหรือผู้ดูแลมีความรู้ มีทักษะและเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถช่วยเหลือเด็กหรือป้องกันควบคุมโรคได้ทันทั่วทั้งที่ไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดไปในวงกว้างได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

สมมติฐานการวิจัย

ครูหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา¹¹ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลใช้ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery experience) โดยให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กได้ฝึกปฏิบัติในการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ 7 ขั้นตอน ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การดูแลและสังเกตอาการผิดปกติในเด็กที่อาจเป็นโรค COVID-19 เช่น มีไข้ ซึม ไม่รับประทานอาหาร เป็นต้น ด้วยตัวเอง 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยจัดให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กสังเกตวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค COVID-19 ผ่านตัวแบบ ผ่านวีดิทัศน์เรื่อง การวัดอุณหภูมิร่างกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ 7 ขั้นตอน และคู่มือการป้องกันโรค COVID-19 สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้กำลังใจและกล่าวชมเชยขณะฝึกปฏิบัติ และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological or Emotional arousal) โดยผู้วิจัยกระตุ้นด้วยการซักถามเป็นระยะ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชย และเปิดโอกาสให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กซักถามข้อสงสัย (ภาพที่ 1)

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience) โดยให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง
2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience)
3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ใช้ทักษะการสื่อสารกระตุ้นเสริมสร้างความมั่นใจของครูหรือผู้ดูแลเด็กในศักยภาพของตนเอง
4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological or Emotional arousal) โดยเปิดโอกาสให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและความคาดหวังในผลลัพธ์และอธิบายผลที่น่าจะเกิดขึ้น

พฤติกรรมป้องกันโรค
COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแล

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental research two group) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มควบคุมปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ครูหรือผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกรมส่งเสริมการปกครอง จำนวน 1,666 คน ข้อมูลจากข้อมูลสถิติจังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ครูหรือผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี สังกัดกรมส่งเสริมการปกครอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7¹² โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ระดับน้อยที่สุดร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยคำนวณขนาดอิทธิพลเท่ากับ 3.735¹³ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 68 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) โดยจำแนกอำเภอออกเป็น อำเภอเมืองและไม่ใช่อำเภอเมือง และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ครูหรือผู้ดูแลเด็กที่เลี้ยงดูเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 เดือนขึ้นไป 3) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ครบทั้ง 3 ครั้ง หรือผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ HE651010 วันที่รับรอง 11 สิงหาคม 2565 หลังจากนั้นได้ทำการเก็บรวบรวม

ข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบแล้ว จึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของกิจกรรมและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ก่อนลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย 1) สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “มารู้จักและวิธีป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)”¹⁴ 2) คู่มือการป้องกันโรค COVID-19 สำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก 3) สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “วิธีล้างมือ 7 ขั้นตอนให้ถูกต้อง ป้องกัน COVID-19”¹⁵ โดยโปรแกรมที่มีระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ในครั้งที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที เป็นการให้ความรู้และวิธีป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ผ่านสื่อแนะนำสอนสื่อวีดิทัศน์ ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที กิจกรรม “ป้องกัน ปลอดภัยจากโรค COVID-19” ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย¹⁶ การสวมหน้ากากผ้า การล้างมือ 7 ขั้นตอน และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที ทบทวน และให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กสาธิตย้อนกลับกิจกรรม “ป้องกัน ปลอดภัยจากโรค COVID-19”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด ประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประสบการณ์การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค COVID-19

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การล้างมือ 2) การใช้หน้ากากอนามัย 3) การเว้นระยะห่าง 4) การส่งเสริมสุขภาพ และ 5) การจัดการด้านสุขาภิบาล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4, 3, 2, และ 1 หากตอบไม่เคยทำเลย = 1 คะแนน ตอบไม่ค่อยได้ทำ = 2 คะแนน ตอบทำเป็นส่วนมาก = 3 คะแนน ตอบทำทุกครั้ง = 4 คะแนน คะแนนรวม 20-80 คะแนน โดยมีข้อความทางบวกทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของโปรแกรมฯ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 จากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงแก้ไข สำหรับแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับครูหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.75

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน

พฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในวันแรกและวันที่ 3 ของการพบกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวตามปกติ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนดติดต่อกันเป็นเวลา 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันแรกของการพบกลุ่มทดลอง) ใช้ระยะเวลา 45 นาที โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กลุ่มทดลอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ผู้วิจัยให้การให้ความรู้โรคติดเชื้อ COVID-19 และวิธีป้องกันโรค COVID-19 ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “มารู้จักและวิธีป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)”¹⁴ และสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “วิธีล้างมือ 7 ขั้นตอนให้ถูกต้อง ป้องกัน COVID-19”¹⁵ คำแนะนำป้องกันตนเองและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยสำหรับครูหรือผู้ดูแลเด็ก พร้อมให้คู่มือ/แผ่นพับ และให้คำแนะนำการป้องกันการโรค COVID-19 ในเด็กสำหรับครูหรือผู้ดูแลเด็ก และนัดหมายในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ของการพบกลุ่มทดลอง) ใช้ระยะเวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “ป้องกัน ปลอดภัยจากโควิด-19” ได้แก่ การวัดอุณหภูมิร่างกาย¹⁶ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ 7 ขั้นตอน ด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การดูแลและสังเกตอาการผิดปกติในเด็กที่อาจเป็นโรค COVID-19 เช่น มีไข้ ซึม ไม่รับประทานอาหาร เป็นต้น ครูหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยกระตุ้นด้วยการซักถามเป็นระยะ ให้กำลังใจและกล่าวชมเชย พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลและเปิดโอกาสให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กซักถามข้อสงสัยและนัดหมายในการตรวจเยี่ยมครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ของการพบกลุ่มทดลอง) ใช้ระยะเวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม “แบ่งปัน แบ่งสุข” เปิดโอกาสให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นซักถามข้อสงสัยทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรม หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 อีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครูหรือผู้ดูแลเด็ก จำนวน 68 คน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.12) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.09 ปี (S.D. = 9.87) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 55.88) จบระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 52.94) มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.88) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการโรค COVID-19 (ร้อยละ 97.06) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.12) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.94 ปี (S.D. = 10.11) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 73.53) จบระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 70.59) มีประสบการณ์การทำงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 85.29) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการโรค COVID-19 (ร้อยละ 58.82)

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ

ของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน 35.63 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน 33.37 คะแนน ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน 41.24 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน 27.76 คะแนน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

พฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19	กลุ่มควบคุม (n=34)		กลุ่มทดลอง (n=34)		Z	P-value
	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	33.37	1134.50	35.63	1211.50	-4.74	.636
หลังได้รับโปรแกรมฯ	27.76	944.00	41.24	1402.00	-2.821	.005

* $p < .05$

หมายเหตุ : คะแนนเต็ม 80

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ในด้านการใช้หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการด้านสุขาภิบาลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ในด้านการล้างมือของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของครูหรือผู้ดูแลเด็กหลังการเข้าร่วมการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19	กลุ่มควบคุม (n=34)		กลุ่มทดลอง (n=34)		Z	P-value
	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
การล้างมือ	30.49	1036.50	38.51	1309.50	-1.727	.084
การใช้หน้ากากอนามัย	29.76	1012.00	39.24	1334.00	-2.019	.044
การเว้นระยะห่าง	28.06	954.50	40.94	1392.00	-2.752	.006
การส่งเสริมสุขภาพ	29.59	1006.00	39.41	1340.00	-2.120	.034
การจัดการด้านสุขาภิบาล	29.79	1013.00	39.21	1333.00	-2.189	.029
โดยรวม	27.76	944.00	41.24	1402.00	-2.821	.005

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายได้ดังนี้ กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมเป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายผลได้ว่า อาจเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราจะทำให้บุคคลนั้นมีความมุ่งมั่นที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค¹¹ ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง 2) การเห็นประสบการณ์ของผู้อื่น จากการดูวิดีโอตัวอย่าง 3) การได้รับคำพูดชักจูงในขอบเขตของความเป็นจริง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเห็นความสำคัญในการป้องกันโรค COVID-19 4) การได้รับโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยความรู้ที่ครูหรือผู้ดูแลเด็กได้รับจากโปรแกรมฯ ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) วิธีป้องกันโรค COVID-19 โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “มารู้จักและวิธีป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)”¹⁴ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการแสดง และวิธีป้องกันโรค Covid-19 และสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “วิธีล้างมือ 7 ขั้นตอนให้ถูกต้อง ป้องกัน COVID-19”¹⁵ ซึ่งสื่อมีภาพและเสียงที่น่าสนใจ ทำให้เห็นขั้นตอนต่างๆ อย่างละเอียด การมีปฏิสัมพันธ์ที่ตระหว่างกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยยังช่วยกระตุ้นและเป็นประโยชน์มากขึ้นในการเรียนรู้ของครูหรือผู้ดูแลเด็ก จึงมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรค Covid-19 หลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ นอกจากนี้ ครูหรือผู้ดูแลเด็กได้รับคู่มือการป้องกันโรค COVID-19 สามารถนำไปอ่านทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา โดยเน้นการป้องกันการได้รับเชื้อ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย และการพาเด็กไปโรงพยาบาลเมื่อมีไข้ เป็นต้น สำหรับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รายด้าน พบว่า ในด้านการล้างมือ คะแนนพฤติกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) เนื่องจากปัจจุบันหลายหน่วยงานมีการนำเสนอข่าวสารและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้หลากหลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์หรือวิทยุ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งผู้ปกครองมีความตระหนักรู้ว่าเมื่อติดเชื้อแล้วจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเด็ก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีมาตรการการคัดกรองโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัด จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับการล้างมือ หรือมีการจัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลล้างตามจุดต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการล้างมือทุกครั้งในการทำกิจกรรม

การที่ผู้วิจัยติดตามกระตุ้นและให้คำปรึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กเป็นการทำให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กตระหนักในความสามารถของตนเอง¹⁷ ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติตน ทำให้ครูหรือผู้ดูแลเด็กมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลาลัย เปียงใจ, นฤมล ชีระรังสิกุล, และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์¹⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแล ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ภายหลังการทดลองทันที และระยะติดตามหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิชกมล ยอดสกุล¹⁹ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค COVID-19 ของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่าพบว่าพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค COVID-19 ของเด็กก่อนวัยเรียน ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของจินตนา เทพเสาร์ และศลิษา โกตย์¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบหลังได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ดูแลได้รับข้อมูลในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่ครอบคลุมเหมาะสม รวมถึงมีการให้กำลังใจ และได้เห็นประสบการณ์ของตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพเด็กโรคปอดอักเสบ การฝึกทักษะ การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของจุฑาทิพย์ นามม่อง, ณัชนันท์ ชีวานนท์, และจินตนา วัชรสินธุ์²⁰ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย หัดเดินที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัยหัดเดินที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่าง เฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ เนื่องจากมารดาได้รับความรู้และการให้มารดาได้เห็น ประสบการณ์ของผู้อื่นในการดูแลบุตรผ่านสื่อวีดิทัศน์ในการดูแลเด็ก การให้กำลังใจ การฝึกทักษะขณะที่ อยู่ในโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

ดังนั้นในการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับครู หรือผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรค COVID-19 ส่งผลให้ครูหรือผู้ดูแลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดูแลเพิ่มขึ้น มีผลให้ครูหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กในการป้องกันโรค COVID-19 ที่ถูกต้อง เหมาะสม ช่วยส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับให้ครูหรือผู้ดูแลเด็ก ในการป้องกันโรค COVID-19 ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมของครูหรือผู้ดูแลเด็กในการดูแล เด็กเพื่อป้องกันโรค COVID-19 และโรคติดต่ออื่นๆ ที่พบได้บ่อย เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จากเชื้อไวรัส Respiratory Syncytial Virus โรคมือ เท้า ปาก โรคอีสุกอีใส โรคหัด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Worldometers. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310365.pdf
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เด็กอายุ 0-5 ปีป่วยโควิดสูง รอบ 7 วันที่ผ่านมาติดแล้ว 6 พันราย พร้อมเปิดอาการพบมากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24541>

4. สมหญิง ไควศนวนนท์, อาภาวรรณ หนูคง. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ. ใน; บุญเพียร จันทวัฒนา, พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร,บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พรี่-วัน; 2555.
5. กรมควบคุมโรค. โครงการรณรงค์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลปี 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://pcdc.ddc.moph.go.th/>
6. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล(สำหรับครูผู้ดูแลเด็ก) [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER9/DRAWER022/GENERAL/DATA0000/0000466.PDF>
7. ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, พจนารถ สารพัด, นุจรี ไชยมงคล. ประสพการณ์ของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กก่อนวัยเรียน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2564; 31:96-109.
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก http://maung.ptho.moph.go.th/web/doc/covid19_stu.pdf
9. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ขยงภา ชัยสุวรรณ, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2564; 39:41-54.
10. กุลรัศมี ชำนินอก, พัทธราภรณ์ อารีย์, สุธิศา ล่ามช้าง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของมารดาสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก. พยาบาลสาร 2563;47:77-87.
11. Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman; 1997.
12. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
13. จินตนา เทพเสาร์, ศลิษา โกดีย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2564;13:91-101.
14. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. มาตรการและวิธีป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=9SZMyqtpMEg>
15. มหาวิทยาลัยมหิดล. วิธีล้างมือ 7 ขั้นตอนให้ถูกต้อง ป้องกัน COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=mFKoeai0y8s>
16. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วิธีใช้ปรอทวัดไข้ (แบบมีปุ่มกด) ด้วยตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.youtube.com/watch?v=CLhZXoiXR3o>
17. Whitmore J. Coaching for Performance: Growing People, Performance and Purpose. Vol. 108. London: Nicholas Bradley; 2002.

18. ชลาลัย เปียงใจ, นฤมล อีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล 2561;67:1-9.
19. ณิชกมล ยอดสกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรค COVID-19 ของเด็กก่อนวัยเรียน. หัวยินเวชสาร 2566;3:56-66.
20. จุฑาทิพย์ นามม่อง, ณัชนันท์ ชีวานนท์, จินตนา วัชรสินธุ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรวัยหัดเดินที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562;23:43-53.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด โรงพยาบาลลำปาง

ปานจันทร์ อิมหน้า พย.ม.^{1*}, ญานิศา ประพตติธรรม พย.บ.²,
สมจิตร สิทธิวงศ์ พย.ม.¹, ปวีณา สุรินทร์ประทีป พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัวยุคและสังคม การจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญมาก การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 60 ราย และพยาบาลวิชาชีพ 8 ราย ศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566 ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิเคราะห์เนื้อหา ของข้อมูลและเชิงปริมาณด้วยความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การวินิจฉัยโรค/อาการ การสอนสุขศึกษาให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว กิจกรรมวางแผนจำหน่าย การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ และ การติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ และ 2) หลังการใช้รูปแบบพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีอัตราการคลอดครบกำหนดถึงร้อยละ 90.00 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำมีเพียงร้อยละ 5.00 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้ช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและยืดอายุครรภ์ได้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการวางแผนจำหน่าย ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ รูปแบบการพัฒนา

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²พยาบาลวิชาชีพ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง

*Corresponding author e-mail: pom6926@gmail.com

วันที่รับ (received) 18 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 13 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ธ.ค. 2566

Discharge Planning Model for Pregnant Women with Premature Labor of Lampang Hospital

Panjan Imnam M.S.N.^{1*}, Yanisa Prapreuttham B.S.N.²,
Somjit Sitthiwong M.S.N.¹, Paweena Surinprateep M.S.N.¹

Abstract

Premature labor poses a significant obstetric crisis affecting pregnant women, infants, families, and society at large. Consequently, self-management for preventing premature labor is crucial for pregnant women. This study aimed to develop and assess a discharge planning model for pregnant women admitted to the labor room of Lampang Hospital with premature labor. The study involved 60 pregnant women experiencing premature labor and eight registered nurses. The research, conducted between October 2022 and March 2023, followed four steps: situational analysis to identify problems, development of a discharge planning model for pregnant women with premature labor, trial implementation of the model, and evaluation. Data analysis included content analysis for qualitative data and frequency and percentage for quantitative data. The results included two main findings. Firstly, the discharge planning model for pregnant women with premature labor included 1) diagnosis of existing disease/symptoms; 2) health education for pregnant women and families; 3) implement discharge planning activities for them; 4) the satisfaction of the model; 5) continuing care through either telephone or Line group visits. Secondly, following the model's implementation, the full-term birth rate was high at 90.00%, and the readmission rate was only 5.00%. The study concluded that the discharge planning model effectively reduced readmission rates and extended the length of pregnancy. However, variations in individual gestational age might impact the completion of continuing care visits as specified in the model. Therefore, registered nurses in the delivery room should recognize the significance of effective discharge planning to enhance the health of both mothers and infants.

Keywords: discharge planning, premature labor, pregnant women, model development

¹ Boromarajonnani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Maternity Department, Lampang Hospital

*Corresponding author e-mail: pom6926@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงมากขึ้น โดยพบสถิติการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 จนถึงร้อยละ 18 ใน 184 ประเทศทั่วโลกซึ่งในแต่ละปีจะมีทารกที่คลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน ในจำนวนทารกเหล่านี้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดก่อนกำหนดและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี¹ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นภาวะวิกฤติทางสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัว และสังคม²

การคลอดก่อนกำหนดเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด ในครรภ์ก่อนหน้าหรือประวัติการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ปัญหาสุขภาพขณะตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบอย่างมากต่อหญิงตั้งครรภ์ ทารก ครอบครัวและสังคม โดยส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 75 จากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ และการที่หญิงตั้งครรภ์ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจึงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น²

แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด³ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนสำคัญได้แก่ 1) การประเมินและวินิจฉัยโดยแพทย์เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด อาการและความรุนแรงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะสุขภาพของมารดาและทารก รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการคลอดก่อนกำหนด 2) การรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเพื่อยืดอายุครรภ์ให้นานที่สุด โดยแพทย์อาจพิจารณาให้การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การนอนพัก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ยาระงับปวด การรักษาด้วยยาระงับการหดตัวของมดลูกและยาสเตียรอยด์ และ 3) การติดตามซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจะต้องได้รับการติดตามอาการและภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินผลการรักษาและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามความเหมาะสม⁴ นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ก็สามารถช่วยเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวให้สามารถดูแลและจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁻⁷

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและช่วยยืดอายุครรภ์และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด⁸ โดยการศึกษาในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ นอกจากนี้การศึกษาในโรงพยาบาลกันตัง พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลง¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ที่พบว่ามาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนดสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโดยสามารถลดอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในภาพรวม และเพิ่มอัตราความครอบคลุม/ถูกต้องในทุกกระบวนการรักษา¹¹ จากการศึกษาข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นแนวทางการดูแลที่สำคัญที่สามารถช่วยยืดอายุครรภ์และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ แต่ควรเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งการดูแลทางการแพทย์ การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม และการติดตามหลังจำหน่าย

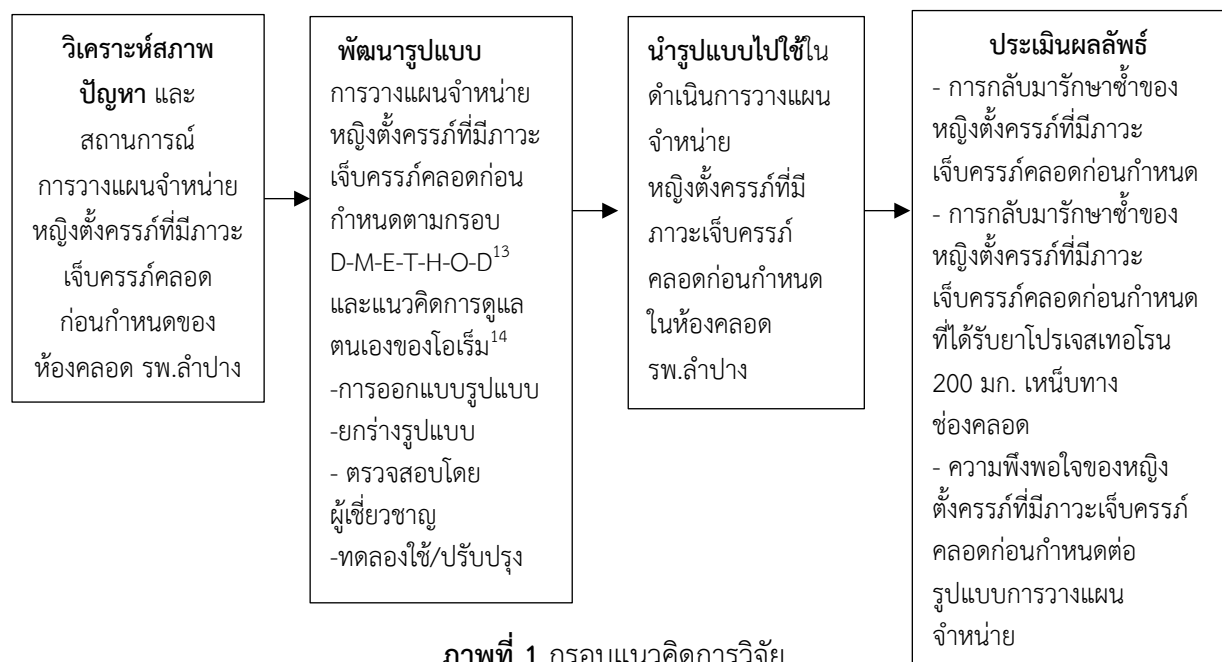
โรงพยาบาลลำปาง มีอุบัติการณ์ของการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างตั้งครรภ์ภายหลังการจำหน่ายจากห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง คิดเป็นร้อยละ 33.87 โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.75¹² โดยการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลำปางนั้นจะใช้แนวปฏิบัติ เดียวกันกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั่วไป จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการวางแผน จำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง ยังไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาของหญิงตั้งครรภ์แต่ละราย อีกทั้งกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายยังขาด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและให้การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ในด้านต่าง ๆ รวมถึงแผนการติดตาม เยี่ยมหลังจำหน่ายที่ไม่ชัดเจน คณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของหญิงตั้งครรภ์และเน้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวและแผนการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่หญิง ตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและบริบทของการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด D-M-E-T-H-O-D¹³ ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁴ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4 ขั้นตอน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) สถานที่ทำการวิจัย คือ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยการศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 8 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 8 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่ห้องคลอด 2 ปีขึ้นไป 3) ยินดีร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการประชุมทีมพัฒนารูปแบบโดยมีประเด็นการประชุมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย 1) สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปางในปัจจุบัน 2) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พบในหน่วยงาน 3) การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 4) รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหน่วยงาน

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามปลายเปิดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณหาค่า Index of item objective congruence (IOC) ของเครื่องมือได้เท่ากับ .82 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 3 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วางแผนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา บริบท เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2565 โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในห้องคลอดติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาพัฒนารูปแบบจากกลุ่มตัวอย่างและการใช้รูปแบบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับการเข้ามารักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ของโรงพยาบาลลำปาง ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด การกลับมารักษาซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด อัตราการคลอดก่อนกำหนดและอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์/ปัญหาร่วมกัน โดยบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษาตามบริบทสถานการณ์ และตามแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ด้านได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ได้แก่ผลจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาพร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดเพื่อนำเสนอร่างรูปแบบที่ได้จากการวิเคราะห์ผลจากระยะที่ 1 ให้เหมาะสม ตามบริบท และปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด

3. เสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสูติกรรม 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ ความเหมาะสม สอดคล้อง ซึ่งมี 2 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสม คือ 1 สอดคล้อง/เหมาะสม และ 0 คือ ไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม โดยมีการประเมิน 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 8 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 8 ราย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องคลอด 2 ปีขึ้นไป 3) ยินดีร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำสั้น ๆ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) แผนการรักษา และการกลับมารักษาซ้ำ

ชุดที่ 2 แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว

ชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการติดตามภายหลังการวางแผนจำหน่าย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น โดยกำหนดเกณฑ์การเยี่ยม 5 ครั้ง คือภายหลังจำหน่าย 3 วัน และในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับคือ พอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน พอใจมาก ให้ 4 คะแนน เกือบไม่พอใจ ให้ 3 คะแนน ไม่พอใจมาก ให้ 2 คะแนน และไม่พอใจมากที่สุด ให้ 1 คะแนน จัดระดับความพึงพอใจตามคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับดังนี้ พอใจมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.21- 5.00) พอใจมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20) เกือบจะไม่พอใจ (คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40) ไม่พอใจมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.81- 2.60) และ ไม่พอใจมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80)¹⁵

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ขั้นตอนนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Quasi – Experimental One group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 จำนวน 60 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 ถึงเดือน มีนาคม 2566 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการประมาณค่าสัดส่วนจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลลำปางในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565) จากนั้นคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปางและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในการดำเนินการรักษา 2) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากระยะที่ 2 ประกอบด้วย
 - 1.1 แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
 - 1.2 แนวปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว
 - 1.3 คู่มือการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองที่บ้านเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลการติดตามภายหลังการวางแผนจำหน่าย โดยกำหนดเกณฑ์การเยี่ยม 5 ครั้ง คือภายหลังจำหน่าย 3 วัน และในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4
 - 2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลการติดตามภายหลังการวางแผนจำหน่าย และแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาลใกล้เคียง จำนวน 5 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ

เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในการดำเนินการรักษา และสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าระหว่าง .80 -.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการวิจัย
2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์และภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดแบบบันทึกข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย
 - 3.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย สอนสุขศึกษารายบุคคลให้แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี หรือญาติที่ดูแลใกล้ชิดกรณีเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบแนวคิด (D-M-E-T-H-O-D)¹³ ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁴ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
 - 3.2 ประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ใช้เวลา 10 นาที
 - 3.3 ติดตามและบันทึกข้อมูลหลังการวางแผนจำหน่าย 5 ครั้ง คือภายหลังจำหน่าย 3 วัน และในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์

หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบได้แก่ 1) ประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายภายหลังการดำเนินกิจกรรม 2) สรุปแนวโน้มการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 28 วัน และ 3) ศึกษาแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาด้วยยาโปรเจสเทอโรน 200 มิลลิกรัม เน้นทางช่องคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลจากแบบประเมินความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย ข้อมูลแนวโน้มการกลับรักษาซ้ำและข้อมูลระยะเวลาการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC 093/65 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2565 ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2565 ถึง 30 สิงหาคม 2566 และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพรวมถึงอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยวิธีดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลการรักษาความลับ ตลอดจนการที่จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด นำเสนอในรูปผลการวิจัยในภาพรวม โดยได้แจ้งให้

ผู้ให้ข้อมูลนั้นได้มีความมั่นใจถึงความมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธในการให้ความร่วมมือ หากไม่สบายใจในการดำเนินการสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ให้ข้อมูล และครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมให้ทำการวิจัยในใบยินยอมที่ผู้วิจัยได้จัดทำไว้ หรือให้ความยินยอมโดยปากเปล่าตามความต้องการของผู้ถูกวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 31.67 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 36.67 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 98.33 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 45.00 รายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 48.33 ลำดับการตั้งครรภ์พบครรภ์ที่สองมากที่สุด และมีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 34-36⁺ สัปดาห์มากที่สุด และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสี่ยง สถานที่ฝากครรภ์ มีการฝากครรภ์ที่คลินิกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 (ตารางที่ 1)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (60)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	2	3.33
20-25 ปี	12	20.00
26-30 ปี	18	30.00
31-35 ปี	19	31.67
มากกว่า 35 ปี	9	15.00
อาชีพ		
รับจ้าง	22	36.67
แม่บ้าน	16	26.66
ค้าขาย	13	21.67
รับราชการ	7	11.67
อื่นๆ	2	3.33
สถานภาพสมรส		
สมรส	59	98.33
หย่าร้าง	1	1.67
รายได้		
<10,000 บาท	4	6.67
10,000 -20,000 บาท	29	48.33
20,001-30,000 บาท	13	21.67
>30,000 บาท	14	23.33
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์ที่ 1	20	33.33
ครรภ์ที่ 2	32	53.34
ครรภ์ที่ 3	6	10.00
ครรภ์ที่ 4	2	3.33
อายุครรภ์		
<30 สัปดาห์	2	3.33

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (60)	ร้อยละ
30-33 ⁺⁶	28	46.67
34-36 ⁺⁶	30	50.00
ภาวะเสี่ยง		
ไม่มีภาวะเสี่ยง	30	50.00
ประวัติเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	8	13.33
ซีด	8	13.33
เบาหวาน	10	16.67
ความดันโลหิตสูง	4	6.67
สถานที่ฝากครรภ์		
คลินิก	28	46.67
โรงพยาบาลลำปาง	24	40.00
โรงพยาบาลชุมชน	8	13.33

2. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาบริบทของการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง พบว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายของโรงพยาบาลลำปางเป็นลักษณะแบบแผนกลางโดยใช้ระบบ D-M-E-T-H-O-D¹³ ที่สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะของโรค และกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และหลังการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์แล้วมีการกำหนดระยะเวลาในการกำกับติดตามเพียง 1 ครั้ง คือ 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการกำกับติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย ซึ่งบางครั้งไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์กลับมารักษาซ้ำก่อนที่จะมีการติดตามเยี่ยม ทั้งนี้รูปแบบการติดตามเยี่ยมจะใช้ลักษณะของการใช้โทรศัพท์ติดตามข้อมูลเพียงอย่างเดียว ซึ่งบางครั้งไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากเบอร์โทรศัพท์ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ทำให้ไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่สำคัญคือบุคลากรในห้องคลอดไม่ให้ความสำคัญ/ตระหนักในเรื่องการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้กิจกรรมการพยาบาลไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบแนวคิด D-M-E-T-H-O-D ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม มีกิจกรรมหลัก ได้แก่

3.1 ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การประเมิน และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดให้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3.3 การวางแผนจำหน่ายโดย รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ดังนี้

D (Diagnosis) แพทย์ให้การวินิจฉัยเกี่ยวกับโรค/อาการที่เป็นอยู่ พยาบาลให้ความรู้ถึงสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M (Medicine) เป็นการแนะนำการใช้ยาที่ใช้ในการยับยั้งการหดตัวของมดลูกที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับอย่างละเอียด โดยพยาบาลเป็นผู้แนะนำเกี่ยวกับยาที่ได้รับ ผลข้างเคียง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรแจ้งเจ้าหน้าที่

E (Environment) พยาบาลแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและการพักผ่อนที่เพียงพอ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลและแหล่งที่จะสนับสนุนช่วยเหลือได้ กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

T (Treatment) พยาบาลอธิบายแผนการรักษา และให้ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลที่ได้รับรวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่นการหดตัวของมดลูก การดิ้นของทารกในครรภ์

H (Health) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O (Out Patient) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D (Diet) พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์

โดยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม¹¹ ในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ได้แก่ (1) การสอนในสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต้องการเรียนรู้และเพิ่มเติมในสิ่งที่ยังไม่มีรู้ (2) การชี้แนะ โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (3) การสนับสนุน ด้านร่างกายและจิตสังคม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มั่นใจในการดูแลตนเองโดยการรับฟังปัญหาให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ และ (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถโดยการสร้างแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมาย การกำกับติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สอดแทรกเข้าไปในแต่ละขั้นตอนของการวางแผนจำหน่ายด้วย

3.4 ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมและบันทึกข้อมูลทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ จำนวน 5 ครั้ง คือ ภายหลังจำหน่าย 3 วัน, ภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์, ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์, ภายหลังจำหน่าย 3 สัปดาห์ และ ภายหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ โดยใช้แบบติดตามภายหลังจากได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิด D-M-E-T-H-O-D เพื่อกำกับติดตามการนำความรู้ที่ได้รับจากโรงพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ซึ่งรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแตกต่างจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเดิม คือ ปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายกลางที่เป็นแนวปฏิบัติเดียวกันกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั่วไปที่ใช้ในโรงพยาบาลตามระบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับหญิงตั้งครรภ์ โดยรูปแบบใหม่จะเพิ่มแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาเสริมในรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ปรับเพิ่มวิธีการสอนสุขศึกษารายบุคคลแก่สามีหรือญาติที่ดูแล เพิ่มสื่อการสอนเป็นคลิปวิดีโอและแผ่นพับเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และปรับระบบการกำกับติดตามเยี่ยมจากเดิม 1 ครั้ง เป็นการติดตามเยี่ยมทั้งหมด 5 ครั้ง

4. ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีตรวจวัดความยาวปากมดลูกมีขนาดน้อยกว่า 25 มิลลิเมตร และได้รับยาโปรเจสเตอโรน 200 มิลลิกรัม ชนิดเหน็บทางช่องคลอดเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด¹² จำนวน 9 คน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยา จำนวน 51 คน ซึ่งทั้งสองกลุ่มได้รับการพยาบาลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

พบว่า สามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด (อายุครรภ์ 37 สัปดาห์) ได้ร้อยละ 83.33 และเมื่อพิจารณาอัตราการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยาโปรเจสเตอโรน เพียงร้อยละ 5.00 ที่กลับมารักษาซ้ำที่ห้องคลอดโรงพยาบาล ลำปาง (ตารางที่ 2) และในภาพรวม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในระดับดีมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์และการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

อุบัติการณ์	ไม่ได้รับยา Progesterone (N=51)	ได้รับยา Progesterone (N=9)	รวม (N=60)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์			
คลอดก่อนกำหนด	6 (11.76)	0 (0.00)	6 (10.00)
คลอดครบกำหนด	45 (88.24)	9 (100.00)	54 (90.00)
การกลับมารักษาซ้ำ			
ไม่มา	48 (95.00)	9 (100.00)	57 (95.00)
มา	3 (5.00)	0 (0.00)	3 (5.00)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่าย

หัวข้อ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความรู้ในเรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	4.93	0.25	ดีมาก
2. การนำความรู้เรื่องการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการปฏิบัติกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไปปฏิบัติได้	4.80	0.38	ดีมาก
3. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเหมาะสม	4.77	0.43	ดีมาก
4. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีประโยชน์สามารถเป็นแนวทางในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้	4.90	0.30	ดีมาก
รวม	4.86	0.34	ดีมาก

การอภิปรายผล

การพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จากผลการศึกษาสามารถชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและปัจจัยสำคัญที่มีต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนี้ คือ ความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของทีมการพยาบาลในการที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนางานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการโดยยึดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการและออกแบบกิจกรรมให้ครอบคลุมตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นยังเน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของครอบครัวและผู้ดูแลโดยมีการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวและญาติเพื่อสนับสนุน

การดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ ช่วยเสริมแรงและเพิ่มความมั่นใจของหญิงตั้งครรภ์ในการจัดการตนเองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งตวรรณ ช้อยจ่อหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร และเอกชัย โควาวีสารัช¹⁷ ที่พบว่าทำให้ความรู้กับญาติช่วยเพิ่มการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้

องค์ประกอบหลักของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้ ได้ใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D¹³ ร่วมกับแนวทางการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁴ โดยกระบวนการสำคัญของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายนี้ คือ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ภายหลังการวางแผนจำหน่าย ทำให้หญิงตั้งครรภ์ลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้งยังส่งเสริมให้ยืระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญขวัญ ภูทอง และพริ้นท์ วิศาลสกุลวงษ์¹⁸ ที่ว่าการดูแลแบบต่อเนื่องสามารถป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ โดยเน้นสตรีตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลางของการดูแลและพยาบาลผดุงครรภ์เข้าถึงความต้องการและความคาดหวังทางด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ โดยการประเมินองค์รวมแบบต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเจรจาต่อรองด้านสุขภาพเพื่อตนเองและทารกในครรภ์ได้ โดยพยาบาลผดุงครรภ์วางแผนให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะต่อสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แตกต่างกัน และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.67 ที่มีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเกือบทั้งหมดอยู่ในสถานภาพสมรส (ร้อยละ 98.83) ทำให้มีความพร้อมทั้งต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติตนรวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.67 เป็นครรภ์หลังซึ่งมีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้วและร้อยละ 50 ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ในระดับหนึ่ง และเมื่อได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นก็เป็นการช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลและการจัดการสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในระดับดีมาก

ผลลัพธ์การพัฒนาารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีจำนวนลดลง อธิบายได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้มีการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มารับการรักษาที่ห้องคลอดเนื่องจากมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากสูติแพทย์เกี่ยวกับโรคหรือภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตรวจพบว่ามีมดลูกน้อยกว่า 25 มิลลิเมตรจะได้รับยาโปรเจสเตอโรน 200 มิลลิกรัมชนิดเหน็บทางช่องคลอด จากนั้น มีการสอนสุขศึกษาและกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลังการวางแผนจำหน่ายพร้อมทั้งมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องและเปิดให้มีการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์เพื่อสร้างความมั่นใจและอุ่นใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ในการที่จะคอยสังเกตอาการของตนเองทำให้ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหมดไป หญิงตั้งครรภ์ก็สามารถที่จะยืระยะเวลาการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอดได้ถึงร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ พรจิต จันโสภาส, ศีตรา มยุขโชติ และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ¹⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด พบว่ารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วยการให้การพยาบาล

ที่ห้องรับใหม่ การพยาบาลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการช่วยยืดอายุครรภ์ได้

สำหรับอัตราการกลับมารักษาซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับยาโปรเจสเตอโรนไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ แต่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาโปรเจสเตอโรนมีหญิงตั้งครรภ์ที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.00 ทั้งนี้ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น มีปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่หญิงตั้งครรภ์ไม่อาจจัดการได้ โดยพบว่า หลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องได้ 2 ครั้ง จากนั้นมีอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่มีสาเหตุจึงกลับมารักษาซ้ำ 1 ครั้ง จากนั้น จำหน่ายกลับบ้านจนกระทั่งคลอดครบกำหนด ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 35 ปี ติดตามเยี่ยมได้ 1 ครั้ง มีอาการเจ็บครรภ์จึงกลับมารักษาซ้ำ หลังจำหน่ายกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องจนคลอดครบกำหนด ส่วนผู้ป่วยรายที่ 3 อายุมากกว่า 35 ปี ประวัติผ่าท้องคลอด ติดตามเยี่ยมได้ 3 ครั้ง กลับมารักษาซ้ำและผ่าท้องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 36⁺₂ ซึ่งเป็นการคลอดก่อนกำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ เสนอิริ และคณะ⁷ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้นมีสาเหตุจากปัญหาที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้และพยาธิสภาพที่เป็นความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการกำหนดให้ ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาลพร้อมมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มอื่นต่อไป

2. ควรออกแบบรูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมกับกลุ่มผู้รับบริการในหน่วยบริการอื่น เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคลินิกเอกชน โดยอาจเพิ่มการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเนื่องจากเมื่อมีการจำหน่ายแล้วผู้รับบริการต้องกลับไปยังหน่วยบริการสุขภาพต้นทาง จึงมีความจำเป็นที่การติดตามเยี่ยมอาจจะต้องมีบางกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการนั้น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ในการให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ขอคุณสูติแพทย์และทีมพยาบาลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Preterm birth statistics. [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/>.
2. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข, พรณยุพา เนาว์ศรีสอน. การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35:238-45.

3. ปิยะนุช ชูโต. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด. ใน: บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์เซอร์วิส; 2562. หน้า 291-373.
4. สายฝน ขวาลไพบูลย์. ตำราคลอดก่อนกำหนด. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
5. นวรัตน์ ไชยมภู, อาภรณ์ คงช่วย. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2558;2:114-28.
6. กัลยา มณีโชติ, นิจัสกร นังคลา. การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารกองการพยาบาล 2560;44:7-25.
7. พรศิริ เสนธิริ, สุดใจ ศรีสงค์, รัศมีแข พรหมประกาย, มณีรัตน์ เพิ่มชาติ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559;34:164-73.
8. กันทิมา ขาวเหลือง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดที่ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2555;6:27-9.
9. ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, บัวสอน วระโพธิ์, พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน, วราพร มีแก้ว, ชนิกา ทองอั้ง. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาล อำนาจเจริญ. วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2564;6:77-89
10. สุวัลญา คงรอด, ชะปา ไชยฤทธิ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาแบบใหม่ต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29:1055-61.
11. สุดานี บุณนเบญจเสถียร. ประสิทธิภาพของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตามมาตรการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแม่จัน. เชียงรายเวชสาร 2561;9:41-52.
12. สถิติดานห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง. รายงานสถิติการคลอดก่อนกำหนดประจำปี 2562. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2562.
13. สุธีร์ ธรรมิกบวร. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. การปรับกระบวนการทัศน์. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2554.
14. Orem DE, Taylor SG, & Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby; 2001.
15. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น: ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
16. Society for Maternal-Fetal Medicine Publications Committee, with the assistance of Vincenzo Berg hell. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. Am J Obstet Gynecol 2012;206:376-86.
17. รุ่งทวรรณ ช้อยจ่อหอ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, เอมพร รตินธร, เอกชัย โคควาวิสารัช. ผลของการบำบัดทางการพยาบาลต่อการจัดการเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การกลับมาปรึกษาซ้ำและอายุครรภ์เมื่อคลอด ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2552;27(ฉบับพิเศษ):39-48.
18. เพียงขวัญ ภูทอง, พิรณันท์ วิศาลสกุลวงษ์. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562;26:156-68.

19. พรจิต จันโทภาส, ศีตรา มยุขโชติ, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8:123-37.

ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความมั่นใจในตนเอง
และความพึงพอใจในการฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิค
การพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ปิยะพร พรหมแก้ว พย.ม.^{1*}, ธมลวรรณ แก้วกระจก พย.ม.¹, ดาไลมา ลำแดงสาร พย.ม.¹

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้เสมือนการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจ ระดับความมั่นใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากรเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 118 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86) 3) แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง (แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92) 4) คำถามปลายเปิดปัญหาอุปสรรค ในการฝึกปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2565 ถึง มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96$, $S.D. = 0.66$) โดยเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความพึงพอใจด้านการจัดกิจกรรมการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$, $S.D. = 0.59$) รองลงมาคือ ด้านผู้สอน ($M = 4.11$, $S.D. = 0.58$) ด้านเนื้อหา ($M = 4.00$, $S.D. = 0.59$) และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ($M = 3.61$, $S.D. = 0.67$) ตามลำดับ 2) ระดับความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($M = 8.17$, $S.D. = 1.39$) จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่า การฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยส่งเสริมความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

คำสำคัญ : สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ความมั่นใจในตนเอง ความพึงพอใจ การฝึกปฏิบัติ

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding Author email: piyaporn@bcnnakhon.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 พ.ย. 2566

The results of the practice sessions using Simulation-Based Situations towards self-confident and satisfaction in course of Nursing Practice Principles and Techniques of sophomore nursing students,

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat

Piyaporn Promkaew M.N.S.^{1*}, Thamolwan Kaewkrakok M.N.S.¹, Dalima Sumdangsan M.N.S.¹

Abstract

The impact of the COVID-19 pandemic situation on the ward necessitated adjustments to practice using Simulation-Based situations. To create a learning experience resembling practical training in a real patient ward, this research aims to examine satisfaction levels, self-confidence, and recommendations concerning the practical training of fundamental nursing principles and techniques using Simulation-Based situations among Bachelor of Nursing Science students. This research was conducted in descriptive research. The population consisted of 118 sophomore nursing students. The research instrument, a questionnaire created by the researcher based on a literature review, included 1) personal information questionnaire; 2) satisfaction questionnaire with practice using Simulation-Based situations (Cronbach's alpha .86); 3) self-confidence questionnaire (Cronbach's alpha .92); 4) open-ended questions about problems and obstacles in practice. Data analysis included descriptive statistics and content analysis. The study revealed two main findings. Firstly, the satisfaction level with teaching and learning, both overall and in each aspect, was high ($M = 3.96$, $S.D. = 0.66$). Satisfaction with teaching activities had the highest mean ($M = 4.15$, $S.D. = 0.59$), followed by the instructor ($M = 4.11$, $S.D. = 0.58$), content ($M = 4.00$, $S.D. = 0.59$), and learning support ($M = 3.61$, $S.D. = 0.67$). Secondly, the level of self-confidence in practicing nursing skills after the simulation-based practice was at a moderate to high level ($M = 8.17$, $S.D. = 1.39$). These findings suggest that simulation-based situations help nursing students gain more self-confidence and satisfaction in the course of Nursing Practice Principles and Techniques.

Keywords: simulation-based situations, self-confidence, satisfaction, practice

¹ Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding Author email: piyaporn@bcnnakhon.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพให้สอดคล้อง กับความต้องการของสังคมและระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป จัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีการฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมุ่งที่กระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงเพิ่มขึ้น การจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student-centered teaching) ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 บัญญัติไว้ว่า “การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่า นักเรียนทุกคนมีความรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนสำคัญที่สุดจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่งผลให้สถาบันทางการศึกษาจากทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นยุโรป อเมริกา และรวมถึงประเทศไทย ได้ปิดการเรียนการสอนแบบในชั้นเรียนมาเป็นแบบออนไลน์เกือบทั้งหมด¹ การปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลมีหัวใจในการฝึกให้ผู้เรียนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยกับผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของผู้เรียน และจำเป็นต้องให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด วิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning) เป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนเล่นในสถานการณ์ ที่มีบทบาท ข้อมูล และกติกาการเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ นั้นโดยใช้ข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลจริงเพื่อการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่ง ผลถึงผู้เรียนในลักษณะเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง²

การแพร่ระบาด COVID-19 ส่งผลกระทบให้สถานบริการจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการจัดการบริการสุขภาพแตกต่างไปจากเดิมที่เป็นมาในอดีตทุกด้าน ทั้งในด้านการวางแผนและการจัดการองค์การจากระบบบริการสุขภาพ การจัดการสภาพแวดล้อมการทำงาน และการจัดการทรัพยากร รวมทั้งการจัดการทรัพยากรมนุษย์ เช่นการใช้เทคโนโลยีในการบริการสุขภาพมากขึ้นเน้นการทำงานเชิงรุก และทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสื่อสารกับประชาชน การบริการสุขภาพแบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ต การจำกัดการเยี่ยม และจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานแต่ละเวร ส่งผลกระทบต่อการจำกัด/งดการขึ้นฝึกปฏิบัติของนักศึกษาบหนอผู้ป่วยจริงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อยังไม่สงบ³ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ⁴ ในการปฏิบัติการพยาบาลจึงใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) เป็นรายวิชาในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ มีการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาประยุกต์ความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย จากผลการประเมินการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในรายวิชานี้ที่ผ่านมา พบว่า ผู้เรียนมีข้อเสนอแนะว่ารู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกเครียดและวิตกกังวล ในการที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความไม่กล้าในการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลบหนอผู้ป่วยโดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงบหนอผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 จึงจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงบหนอผู้ป่วยมาเป็นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงตลอดการฝึก 6 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชานักศึกษามีความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงบหนอผู้ป่วย

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเตรียมความพร้อม ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบหนอผู้ป่วย ช่วยให้ผู้เรียนลดระยะเวลาการเรียนรู้ที่จะต้องไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ส่งเสริม

ความมั่นใจ มีสติในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ โอกาสเกิดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาผู้ป่วย ลดลงตามลำดับ นอกจากนี้จะทำให้ ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือทำได้อย่างธรรมชาติ สามารถถ่ายโอน การเรียนรู้ทางการพยาบาลได้ดีขึ้น เมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติการจริงบนหอผู้ป่วย^{4,5} การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะต่อพฤติกรรมต่อความสามารถในการตัดสินใจ ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม⁵ ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลอง ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งโดยรวม และรายด้าน⁶ เช่นเดียวกับการศึกษา ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁷

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้ออกแบบสถานการณ์ จำลองเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะรายวิชา คือ ปฏิบัติทักษะ การพยาบาล ประยุกต์ใช้หลักฟิสิกส์ ในการดูแลบุคคลทุกช่วงวัยในภาวะสุขภาพปกติและเบี่ยงเบนบนพื้นฐาน การดูแลด้วยความเอื้ออาทรและด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ยึดหลักจริยธรรม และสิทธิมนุษยชน รวมทั้งความปลอดภัยของผู้ใช้บริการภายใต้ขอบเขตของกฎหมายและจรรยาบรรณ วิชาชีพ เพื่อนำผลการศึกษาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติหลักการและ เทคนิคทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพในปีการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาระดับความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's experiential learning theory) ได้แบ่งรูปแบบการคิดออกเป็น 2 ส่วน คือ กระบวนการรับรู้และการประมวลข้อมูล โดยการรับรู้ข้อมูลมีอยู่ 2 ทาง คือ 1) การใช้ประสบการณ์รูปธรรม เช่น การรู้สึก (Feeling) การสัมผัส (Touching) การดู และการฟัง จำแนกย่อยออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete Experience) บุคคลจะรับรู้ข้อมูลที่ มาจากประสบการณ์เฉพาะอย่าง 2) การสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization) บุคคล จะรับข้อมูลที่เป็นามธรรม โดยสร้างมโนทัศน์จากความคิด (Mental) หรือการเห็น (Visual) สามารถ วิเคราะห์ความคิดวางแผนอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติงานด้วยความเข้าใจสถานการณ์อย่างชาญฉลาด นอกจากนี้สามารถสร้างทฤษฎีอธิบายสิ่งที่สังเกตพบได้ 3) การสังเกตและการไตร่ตรอง (Reflective Observation) บุคคลจะประมวลข้อมูลด้วยความคิด โดยจะสังเกตให้ถี่ถ้วนก่อนตัดสินใจ จะมองวัตถุ หลายมุมมองและมุ่งค้นหาความหมายของสิ่งนั้น ๆ และชอบพัฒนาการสังเกตเพื่อนำไปใช้กับประสบการณ์ ของตนเอง และ 4) การลงมือทดลอง (Active Experimentation)⁸

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนคือ (1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เรียน (2) ผู้เรียนใคร่ครวญหรือสะท้อนความคิดต่อประสบการณ์นั้น (3) ผู้เรียนมีการสร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรมที่เกิดจากการบูรณาการข้อสังเกตต่างๆ จนกลายเป็นความคิดรวบยอด หลักการ และสมมติฐานจากประสบการณ์ที่ได้รับ และ (4) ผู้เรียนมีการนำความคิดรวบยอด หลักการ และสมมติฐานไปปฏิบัติจริงหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ การวัดผลลัพธ์การใช้สถานการณ์จำลองต่อผู้เรียน^{9,10} คือระดับความพึงพอใจ และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการฝึกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจ และระดับความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการฝึกปฏิบัติวิชาชีพหลักการและเทคนิคการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ปีการศึกษา 2564 ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน 118 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช (IRB เลขที่ Exc-06/2565) วันที่ 29 ธันวาคม 2565 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยมี หนังสือชี้แจงต่ออาสาสมัครให้ทราบว่าการเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้เป็นความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า และไม่มีผลกระทบใดๆ จากการยกเลิกนี้ จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียดในการมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานข้อมูลในภาพรวมไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล แบบสอบถามจะถูกทำลายหลังจากการวิจัยนี้สิ้นสุดลง ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บรักษาไว้ เป็นเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูลไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check-list) ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ ของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของ Likert จำนวน 19 ข้อ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจจากคุณลักษณะ ธนาโรจน์ และคณะ¹¹ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อยและระดับน้อยที่สุด โดยระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ระดับมาก ให้ 4 คะแนน ระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน ระดับน้อย ให้ 2 คะแนน และ

ระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้สอนจำนวน 4 ข้อ 2) ด้านเนื้อหา จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการจัดกิจกรรมการสอน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้จำนวน 4 ข้อ และ 5) ด้านผู้เรียนจำนวน 3 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเป็น ดังนี้¹² คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง ระดับ ความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ระดับ ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ระดับ ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ระดับ ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ระดับ ความพึงพอใจน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความมั่นใจในตนเองในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 1 ข้อ โดยกำหนดการให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข 10 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 10 คะแนน โดย “0” หมายถึง ไม่มีความรู้สึกมั่นใจในตนเองเลย และ “10” หมายถึง มีความมั่นใจในตนเองมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 1-3 คะแนน หมายถึง ความมั่นใจ อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 4-7 คะแนน หมายถึง ความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า 8-10 คะแนนหมายถึง ความมั่นใจอยู่ในระดับมาก

2. แบบสัมภาษณ์ถอดบทเรียนประเด็น ผลของการใช้สถานการณ์จำลอง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวทางการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง ในการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนการสอน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การใช้ภาษาในข้อคำถามบางข้อ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index- CVI) จนได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item-level CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-level CVI) เท่ากับ .90 การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 ราย ซึ่งมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเช่นกัน มีค่าความเที่ยงโดยรวมด้วยวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .92 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์ถอดบทเรียนข้อคำถามประเด็นปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติ ในการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียม

1.1 เขียนโครงร่างขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อขอการดำเนินการเก็บข้อมูล และชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

1.2 เมื่อได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัย ผู้วิจัยประชุมอาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล ในการปฐมนิเทศรายวิชาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

2. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

2.1 ผู้วิจัยปฐมนิเทศนักศึกษาในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จุดมุ่งหมายของการฝึกปฏิบัติ บอกวัตถุประสงค์ การเตรียมตัวบทบาทของผู้เรียนและผู้สอน

2.2 ปฐมนิเทศอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ชี้แจงวัตถุประสงค์การฝึกปฏิบัติ การมอบหมายงาน ทักษะที่จะเป็น และการสอนในคลินิกผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง การวัดและประเมินผล โดยมีรูปแบบ การฝึกโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้สถานการณ์ผู้ป่วยจำนวน 1 สถานการณ์ ต่อนักศึกษา 1 คน/1 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติจำนวน 6 สัปดาห์ แบ่งเป็น สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล และการเขียนรายงานการวางแผนการพยาบาล สัปดาห์ที่ 2-3 และ 4-6 ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่อาจารย์ผู้สอนสร้างขึ้น ตามการจำลองบริบทของผู้ป่วย อายุรกรรมและศัลยกรรม

2.3 เตรียมผู้เรียน โดยดำเนินการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และชี้แจงให้ทราบถึงสถานการณ์ทั้งหมดที่จะเรียนรู้ วัตถุประสงค์ในการเรียนรู้รายวิชา เอกสารตำราที่ควรศึกษา กิจกรรมการเรียนการสอน ประสพการณ์ที่จำเป็นและต้องได้จากการฝึก และการประเมินผลหลังการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียน ค้นคว้าความรู้ก่อนที่จะฝึกปฏิบัติ และการวัดระดับความพึงพอใจ และความพึงพอใจภายหลังการฝึกปฏิบัติ 6 สัปดาห์

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองโดยแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็นกลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 22 กลุ่ม อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ กลุ่มละ 1 คน มอบหมายกรณีศึกษาให้นักศึกษา วางแผนและปฏิบัติทักษะการพยาบาลสัปดาห์ละ 1 รายต่อสัปดาห์ต่อนักศึกษา 1 คน ฝึกเป็นเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์ โดยให้ข้อแนะนำและดูแลการปฏิบัติใน สถานการณ์จำลองของผู้เรียนด้วยการสังเกต การจดบันทึก และให้คะแนนผู้เรียนเป็นรายบุคคล

3.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดย ความพึงพอใจ และความมั่นใจในความสามารถของนักศึกษา ในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลในการฝึกในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล และถอดบทเรียนประเด็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามความพึงพอใจและความมั่นใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ ถอดบทเรียนประเด็นปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ โดยการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (2) แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง (3) ถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค ในการฝึกปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.22 อายุเฉลี่ย 19.13 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสะสม $3.01 - 3.50$ ($n = 73$, ร้อยละ 61.86) (ตารางที่ 1) ระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวม ($M = 3.96$, $S.D. = 0.66$) โดยเมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความพึงพอใจด้านการจัดกิจกรรมการสอนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.15$, $S.D. = 0.59$) รองลงมาคือด้านผู้สอน ($M = 4.11$, $S.D. = 0.58$) ด้านเนื้อหา ($M = 4.00$, $S.D. = 0.59$) และด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ($M = 3.61$, $S.D. = 0.67$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N= 118)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>n</i>	%
เพศ		
ชาย	8	6.78
หญิง	110	93.22
อายุ (ปี) ($M=19.13$, $S.D.=10.22$, $MAX=21$, $MIN=19$)		
19	12	10.17
19 ปีขึ้นไป	106	89.83
คะแนนเฉลี่ยสะสม		
2.01 – 2.50	3	2.54
2.51 – 3.00	36	30.51
3.01 – 3.50	73	61.86
3.51 – 4.00	6	5.08

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน (N = 118)

ความพึงพอใจ	<i>M</i>	<i>S.D.</i>	ระดับ
ด้านผู้สอน	4.11	0.58	มาก
1. มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนการสอน	4.20	0.66	มาก
2. ความสามารถในการสรุปวิเคราะห์ผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้	4.06	0.54	มาก
3. ความสามารถในการแนะนำการใช้สื่อ อุปกรณ์ในการจัดการเรียนการสอน	3.99	0.55	มาก
4. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและซักถามปัญหา	4.18	0.57	มาก
ด้านเนื้อหา	4.00	0.59	มาก
1. เนื้อหามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการจัดกิจกรรมการสอน	4.08	0.52	มาก
2. มีการสอดแทรกคุณธรรม จริยธรรมในเนื้อหาที่สอน	4.01	0.66	มาก
ด้านการจัดกิจกรรมการสอน	4.15	0.59	มาก
1. มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้	4.15	0.62	มาก
2. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้กล้าแสดงออก	4.08	0.61	มาก
3. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหาและ การทำงานเป็นทีม	4.15	0.59	มาก
4. ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น	4.21	0.55	มาก
5. ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ค้นคว้าเพิ่มเติมต่อเนื่อง	4.12	0.60	มาก

ความพึงพอใจ	M	S.D.	ระดับ
ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	3.61	0.87	มาก
1. มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่หลากหลายเหมือนจริง	3.74	0.77	มาก
2. สถานที่ในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสมกับสถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้น	3.75	0.80	มาก
3. ระยะเวลาที่ใช้มีความเหมาะสม	3.77	0.80	มาก
4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนรู้มีจำนวนเพียงพอ	3.16	1.12	ปานกลาง
โดยรวม	3.96	0.66	มาก

ส่วนที่ 2 ความมั่นใจในตนเองหลังการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความมั่นใจในตนเองในการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.13 และระดับมาก ร้อยละ 61.86 (ตารางที่ 3) ($M = 8.17$, $S.D. = 1.39$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ระดับความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง (N = 118)

ระดับความมั่นใจ	n	%	แปลผล
4 – 7 คะแนน	45	38.13	ปานกลาง
8 – 10 คะแนน	73	61.86	มาก

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง (N = 118)

	MAX - MIN	M	S.D.	แปลผล
ระดับความมั่นใจ	5.00 - 10.00	8.17	1.39	มาก

ส่วนที่ 3 ถอดบทเรียนประเด็น ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติ

จากการถอดบทเรียน ผลของการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างกล่าว ดังนี้ 1) ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และมีความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง (Student 1, 2) กล่าวคือ “หนูกลัวผู้ป่วยเจ็บเวลาหนูเจาะเลือดค่ะอาจารย์ กังวลว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรถึงจะสามารถให้เลือดออกมาในครั้งแรกเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บหลายครั้ง แต่เมื่อได้ฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้มองเห็นภาพและบริบทของหอผู้ป่วย ค่ะอาจารย์” “ทำให้เกิดการเรียนรู้ ก่อนการไปฝึกปฏิบัติจริง” 2) สามารถประเมินความรู้ของตนเอง (Student 2,3,4) กล่าวคือ “ทำให้หนูได้รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง และมีเวลาได้พัฒนาเพิ่มเติมก่อนจะไปฝึกบนหอผู้ป่วยจริงค่ะ” “ต้องอ่านหนังสือเพิ่มขึ้น และเพิ่มความกระตือรือร้นในการเตรียมตัวก่อนการฝึกปฏิบัติจริงค่ะ” 3) เห็นภาพและเข้าใจอาการแสดงของผู้ป่วยมากขึ้น (Student 1,2,3) คือ “เข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และสามารถนำไปใช้ได้และให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น” “หนูกลัวผู้ป่วยเจ็บเวลาหนูเจาะเลือดค่ะอาจารย์ กังวลว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรถึงจะสามารถให้เลือดออกมาในครั้งแรกเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บหลายครั้ง แต่เมื่อใช้สถานการณ์จำลองทำให้มองเห็นภาพผู้ป่วย และบริบทของหอผู้ป่วย ค่ะอาจารย์” “ทำให้หนูพอที่จะเห็นภาพของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร

และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้น จะต้องดูแลอย่างไรที่เหมาะสม” “การเรียนรู้ขั้นตอนทักษะต่างๆ ในภาคทฤษฎี และภาคทดลอง เช่น การจัดทำนอนศีรษะสูง ตอนเรียนในทฤษฎีหนูนึกไม่ออกค่ะอาจารย์ว่าจะนำไปใช้กับผู้ป่วยอย่างไร เมื่อไหร่ แต่เมื่ออาจารย์สอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้เห็นภาพและเข้าใจ อาการแสดงของผู้ป่วย ฝึกการให้การพยาบาล และเลือกปฏิบัติทักษะที่เหมาะสมเข้าใจเหตุผลในการปฏิบัติ ทักษะนั้นมากขึ้น และได้ฝึกการประเมินสภาพ ตรวจร่างกายผู้ป่วยจริงๆ ดีมากเลยค่ะอาจารย์” “หนูอยากให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ให้น้อง ๆ รุ่นต่อไปด้วยค่ะ เพราะว่าทำให้เข้าใจและเห็นภาพในการดูแลผู้ป่วย ทำให้หนูเข้าใจมากขึ้น”

ปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติและข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติ โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถนำเสนอผลได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาอุปสรรคในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง ในด้านทรัพยากรที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านอุปกรณ์ คือ “อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษา ไม่พร้อมใช้ และชำรุด บางครั้งอุปกรณ์ใช้ซ้ำ ทำให้ฝึกได้ไม่เหมือนจริง เช่น เข็มไม่คมใช้ซ้ำหลายๆ ครั้ง ชำรุดใช้ไม่ได้ทำให้ บางหัตถการไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ นักศึกษาไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่” (Student 1) “อุปกรณ์หุ่น บางชิ้นชำรุด ชำรุดไม่สามารถใช้ได้เหมือนจริง เช่น หุ่นแขนในการเจาะเลือด และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีรอยเจาะของเข็มหลายครั้งเปื่อยยุ่ย ฉีกขาด” “รถที่ใช้ในการเจาะเลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีของใช้ ที่ใช้ไม่ได้แล้ว ผ่านการใช้มาหลายครั้งจนชำรุด ต้องวิ่งขึ้นลงหาอุปกรณ์ในการเรียน สูญเสียเวลาในการเตรียม อุปกรณ์โดยไม่จำเป็นค่ะ” “หุ่นฝึกปฏิบัติไม่เพียงพอกับจำนวนนักศึกษา” (Student 2)

“ห้องปฏิบัติการไม่เพียงพอสำหรับนักศึกษา ต้องสลับกันใช้ ทำให้ต้องใช้เวลาในการหาห้องเรียน ในบางวันเนื่องจากบางกลุ่มเรียนไม่เป็นไปตามตารางที่จัดไว้ ทำให้ซ้อนกัน เวลาในการเรียนรู้โดยการฝึกปฏิบัติ ในห้องปฏิบัติการน้อยลง เสียตึกกัน บางครั้งฟังไม่รู้เรื่อง” (Student 3)

ข้อเสนอแนะในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ กล่าวว่า “ดี” เพราะได้ฝึกปฏิบัติได้กระบวนการคิด และตัดสินใจ คล้ายกับการฝึกปฏิบัติบนห่อผู้ป่วยจริง ควรเพิ่มจำนวนห้องปฏิบัติการ หรือหุ่น อุปกรณ์ ที่ใช้ซ้ำให้น้อยลง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เหมือนจริงมากขึ้น และอยากให้มีการใช้สถานการณ์จำลองในการเรียนภาคทฤษฎี และภาคทดลองให้มากขึ้น รวมถึงใช้วิธีการ เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติกับหุ่นน้อง และวิชาอื่นด้วย

การอภิปรายผล

ระดับของความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดโดยรวม ($M = 3.96, S.D. = 0.66$) นอกจากนี้จากการถอดบทเรียน พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการฝึกปฏิบัติทำให้ มีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษา ประสิทธิภาพของการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงพบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจสูงหลังเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อแก้ปัญหาการหายใจในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด¹³⁻¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษา ของ สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และคณะ¹⁵ พบว่า นิสิตพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด การศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สระบุรีที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนน

เฉลี่ยความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองสูงกว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยวิธีปกติตามหลักสูตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น ($M = 4.21$, $S.D. = 0.55$) 2) ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการทำงานเป็นทีม ($M = 4.15$, $S.D. = 0.59$) และ 3) ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ค้นคว้าเพิ่มเติม ต่อเนื่อง ($M = 4.12$, $S.D. = 0.60$) การถอดบทเรียนยังพบว่า การฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้เห็นภาพและเข้าใจบริบทของหอผู้ป่วยมากขึ้น เกิดความกระตือรือร้นในการหาความรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเรียนในสถานการณ์เสมือนจริงช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล มีความสามารถในการทักษะทางคลินิกที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตได้ทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจที่เร็วขึ้น ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น¹⁶⁻¹⁷ บริบทคล้ายคลึงหอผู้ป่วย ซึ่งการใช้สถานการณ์จำลองเป็นเทคนิคการเรียนการสอนที่ใช้การจำลองสถานการณ์มีหลากหลายชนิด เช่น การใช้สถานการณ์เป็นหลัก การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะวิธีการ การประชุมหารือเชิงปฏิบัติการ หุ่นมนุษย์จำลองแบบครบในทางการแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมระบบเสมือนจริง และผู้ป่วยจำลองร่วมกับ ชุดจำลอง วัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์และลงมือปฏิบัติ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด¹⁸⁻²⁰

ระดับความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ($M = 8.17$, $S.D. = 1.39$) เช่นเดียวกับการถอดบทเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าว เมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองของเจฟฟรี^{10,21} อธิบายได้ว่าการเรียนรู้ เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การสะท้อนคิดประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (Debriefing) ซึ่งเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญที่สุดของการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระหว่างการสรุปผลการเรียนรู้ผู้สอน จะช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดว่าอะไรเกิดขึ้นในสถานการณ์ สะท้อนคิดความรู้สึก และเหตุผลถึงประสบการณ์ ที่ปฏิบัติได้ดี และประสบการณ์ที่ต้องการจะทำให้ดีขึ้น โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีประสบการณ์ และสรุปหลักการแนวคิดที่จะนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะ การให้เหตุผลทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางคลินิกการเรียนรู้จึงเกิดขึ้นในช่วง ดังกล่าว^{17,22} สอดคล้องกับการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่สามารถพัฒนาความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะ ทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ^{16,19} เช่นเดียวกับผลการศึกษาประเมินชุดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความมั่นใจใน ตนเองของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{18,23} หลังจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ความรู้การพยาบาลมารดาและทารก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกัน แต่ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการพยาบาลมารดาและทารกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01^{6,24} สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มีผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ สถานการณ์จำลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.01 และสูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01^{19,20} สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องนิสิตพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด^{18,25}

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาผลการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระดับความพึงพอใจ และระดับความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และการถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวม และรายด้าน ระดับความมั่นใจในตนเองในการฝึกปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่า ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติทักษะการพยาบาลขั้นพื้นฐาน และให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้มองเห็นภาพผู้ป่วย และบริบทของหอผู้ป่วย ลดความกลัว และความกังวลในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยจริง ในรายวิชาต่อไป

ข้อจำกัดจากการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มย่อยหลายกลุ่ม ทำให้เกิดข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ห้องเรียนที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ ซ้อนกันสิ่งแวดล้อม เสียง ดังรบกวนกัน และอุปกรณ์ หุ่น จำเป็นต้องใช้ซ้ำ อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง มากน้อยแตกต่างกันส่งผลต่อการให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่แตกต่างกัน และอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติบางกลุ่มติดภารกิจในการสอนในเวลาเรียนจริง ต้องไปเขตชนนอกเวลาการเรียนในเวลาที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพัฒนาการเรียนการสอนและการบริหารหลักสูตร

1. จัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการสอนทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ
2. มีผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สนับสนุนวิธีการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในทุกรายวิชาที่เป็นวิชาเฉพาะกลุ่มวิชาชีพทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ
3. เสนอนโยบายงบประมาณเพิ่มสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ให้เพียงพอและเหมาะสมกับจำนวนผู้เรียน

ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาให้ครอบคลุม ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังด้านอื่นๆ ตามแนวคิดของ Jeffries ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะที่แสดงออก (Skill Performance) และการคิดวิเคราะห์ (Critical Thinking) และควรนำแนวคิดการจัดสถานการณ์จำลองเสมือนจริงใช้ในรายวิชาทฤษฎี และปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆ
2. การศึกษาเปรียบเทียบแบบทดลอง 2 กลุ่ม เพื่อเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป หรือมีการวิจัยเปรียบเทียบประเมินผลสัมฤทธิ์ของการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- บุญเลี้ยง ทูมทอง, ประทวน วันนิจ. ผลกระทบจากสถานการณ์โควิดที่มีต่อการจัดการศึกษาไทย: การศึกษาทางเลือก คือทางหลักและทางรอดในการจัดระบบการศึกษาไทยในอนาคต. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์ 2565;22:376-91.
- ทัศนีย์ แคมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
- อารี ชิวเกษมสุข. การบันทึกทางการพยาบาลในยุคความปกติใหม่. วารสารแพทยนาวิ 2564;48:184-98.
- ดวงกมล หน่อแก้ว. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงทางพยาบาลศาสตร์ศึกษา. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ กรุงเทพฯ 2558;31:112-2.
- มยุรี ยี่ป่าไธสง, พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรื่องเรียงกุลฤทธิ, จงกรม ทองจันทร์, กมลวรรณ สุวรรณ, กฤษณา เจริญศักดิ์. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ยะลา. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุข และการศึกษา 2560;18:128-34.
- ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, วราภรณ์ สัตยวงศ์, จุฑามาศ รัตนอัมภา, ภาวดี เหมทานนท์, วิไลพร รังควัต. ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะ การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิด และความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ นครราชสีมา 2562;25:57-71.
- พรรณทิพย์ ชับขุนทด, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, นุชมาศ แก้วกุลชล, รัชนี พงนา. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2562;29:1062-72.
- Morris TH. 'Experiential learning – a systematic review and revision of Kolb's model. Interactive Learning Environments 2020;28:1064-77.
- Kose S, Sahin A, Ergun A, and Gezer K. The effects of cooperative learning experience on eighth grade students' achievement and attitude toward science. Education 2010;131:169-80.
- Jeffries PR. Getting in S.T.E.P. with simulations: simulations take educator preparation. Nurs Educ Perspect 2008;29:70-3. doi: 10.1097/00024776-200803000-00006.
- ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. การสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติหลักการ และเทคนิคการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ 2562;9:70-84.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย. 2553.
- วงศ์เดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี, ฐิตาภา ตั้งคำวานิช. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559;28:1-14.
- Saied H. The Impact of simulation on pediatric nursing students' knowledge, self-efficacy, satisfaction, and confidence. Journal of Education and Practice 2017;8:95-102.

15. สุรชาติ สิทธิปกรณ์. ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.ใน: การประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 14” 50 ปี มหาวิทยาลัยมหาสารคามผู้มีปัญญา พึ่งเป็นอยู่เพื่อมหาชน; วันที่ 6-7 กันยายน 2561; ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย; 2563. หน้า 600-9.
16. สมจิตต์ สินธูชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. วารสารพยาบาลทหารบก 2560;18:29-38.
17. Olaussen C, Heggdal K, & Raaen TC. Elements in scenario-based simulation associated with nursing students' self-confidence and satisfaction: A cross-sectional study. *Nursing Open* 2020;7:170-179.
18. ปณิดา พุ่มพุทธร, ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา 2565;5:37-46.
19. Cordeau MA. Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013;3:40-50.
20. Doody O, Condon M. Using a simulated environment to support students learning clinical skills. *Nursing Education and Practice* 2013;13:561-6.
21. Saied H. The impact of simulation on pediatric nursing students' knowledge, self-efficacy, satisfaction, and confidence. *Journal of Education and Practice* 2017; 8:95-102.
22. Mota B M, Alarcon JOA, Cavalcante TL, Ramos F S, Diniz SOS. Realistic simulation: satisfaction and self-confidence of nursing students. *Revista Enfermagem Digital Cuidado Promocao da Saude* 2023;8:01-08.
23. Archer JC. State of the science in health professional education: Effective feedback. *Med Education* 2010;44:101-8.
24. Shattla IS, Sabola E N, Shereda MAH, Latif A R, Abed A G. Impact of clinical simulation on student's levels of motivation, satisfaction and self-confidence in learning psychiatric mental health nursing. *International Journal of Special Education* 2022;37:6214-28.
25. MacKinnon K, Marcellus L, Rivers J, Gordon C, Ryan M, Butcher D. Student and educator experiences of maternal-child simulation-based learning: a systematic review of qualitative evidence. *JB I Database System Rev Implement Rep* 2017;15:2666-706.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย
อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

กรกฎ สระเศษ พย.ม.¹

นิศาชล บุนผา ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อประชากรในวงกว้างโดยเฉพาะกลุ่มคนพิการ อาจเนื่องจากข้อจำกัดในด้านความพิการที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการเข้าถึงการบริการสุขภาพ การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้แนวคิด Theory of access ของ Penchansky and Thomas กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือคนพิการทางการมองเห็นและคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย 99 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.76 วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54.55 อายุเฉลี่ย 62.10 ปี สถานะภาพสมรส ร้อยละ 45.45 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 ส่วนมากระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 81.82 ว่างงาน ร้อยละ 62.60 ส่วนมากเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายร้อยละ 73.74 ระยะเวลาความพิการ โดยเฉลี่ย 21.83 ปี มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.52 และยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ร้อยละ 53.54 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย ได้แก่ การติดเชื้อ COVID-19 ($\beta = 0.29$) การมีโรคประจำตัว ($\beta = 0.17$) การว่างงาน ($\beta = -0.26$) และการรับรู้เรื่องสิทธิคนพิการ ($\beta = -0.05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโปรแกรมการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงการบริการสุขภาพ คนพิการ โควิด-19

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding Author email: nisachon@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 26 ส.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 4 ธ.ค. 2566

Factors Affecting Accessibility of Health Care Services among People with Disabilities in the Areas of Kham Pia Sub-District, Pho Chai District, Roi-Et Province under the Situation of Coronavirus 2019 Pandemic

Korakot Soraset M.N.S.¹

Nisachon Bubpa Ph.D. (Nursing)^{2*}

Abstract

The coronavirus disease 2019 outbreak is a global pandemic that has affected all populations, especially people with disabilities (PWD). This may be due to limitations in disability that cause difficulties in accessing to health care services. This descriptive research was to identify the factors affecting accessibility of health care services among the disabled under the pandemic of coronavirus disease 2019 based on the theory of access by Penchansky and Thomas. The samples of the study consisted of 99 persons with visual disabilities and persons with physical disabilities collected from all population units. The data was collected by the questionnaires and analyzed by descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and SD and Multiple linear regression was used to compare the results and factors affecting. The study found that most of the participants were male 54.55%, average of 62.10 years, married 45.45%, Buddhist 100%, elements school education 81.82%, Unemployed 62.60% and having physical disability 73.74%, the average duration of disability was 21.83 years. 51.52% had underlying disease and 53.54% had not received the vaccine against COVID-19. Factors Affecting Access to Health Services of People with Disabilities in the Areas of Kham Pia Sub-District were Infected COVID-19 ($\beta = 0.29$), had underlying disease ($\beta = 0.17$), unemployed ($\beta = -0.26$), and aware of health insurance ($\beta = -0.05$) as having significant political significance. Statistics at the 0.05 level. From the findings of this research, it will serve as foundational information for planning health service access programs for people with disabilities under future epidemic situations.

Keywords: access to health services, people with disabilities (PWD), coronavirus 2019

¹ Master student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing Khon Kaen University

² Assistant Professor, Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing Khon Kaen University

* Corresponding Author email: nisachon@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO)¹ ปัจจุบันประชากรโลกมีสัดส่วนของคนพิการที่เพิ่มขึ้น โดยประชากรคนพิการมากถึงหนึ่งพันสามร้อยล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรโลก โดยความพิการถือเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นมนุษย์ที่ทุกคนมีโอกาสประสบกับความพิการกับตนเองทั้งชั่วคราวหรือถาวรตลอดชีวิต ซึ่งประชากรคนพิการในประเทศไทยมีมากถึง 2,092,595 คน คิดเป็นร้อยละ 3.21 ของประชากรทั้งประเทศ² เป็นเพศชายจำนวน 1,091,845 คน เพศหญิงจำนวน 1,000,750 คน หากแบ่งตามประเภทความพิการพบว่าคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายมีจำนวนมากที่สุด 1,043,192 คน รองลงมาคือ คนพิการทางการได้ยินหรือการสื่อสารจำนวน 394,259 คน และคนพิการทางการมองเห็น 190,767 คน คิดเป็นร้อยละ 49.85 18.84 9.12 ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลคนพิการในประเทศไทยตามอายุพบว่า คนพิการวัยสูงอายุคือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึง 1,153,947 คน ร้อยละ 55.14 (ของจำนวนประชากรคนพิการทั้งหมด) คนพิการมีแนวโน้มมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีความต้องการด้านสาธารณสุขที่มากกว่าคนทั่วไป อาจเนื่องจากความพิการเอง หรืออาจเพราะสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนมากทำให้มักพบว่ามีปัญหาเรื่องของโรคเรื้อรังตามมาด้วย ซึ่งปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพของคนพิการคือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้³ ตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD)⁴ ตามมาตรา 25 ว่าด้วยสุขภาพ รัฐภาคียอมรับว่าคนพิการมีสิทธิในการอุปโภคมาตรฐานสาธารณสุขที่สูงสุดเท่าที่จะหาได้โดยปราศจากเลือกปฏิบัติ เพราะเหตุแห่งความพิการ ให้รัฐภาคีดำเนินมาตรการที่เหมาะสมทั้งปวงเพื่อประกันให้คนพิการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขโดยคำนึงถึงเพศสภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้รัฐภาคี การจัดให้มีบริการด้านสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือที่สามารถจ่ายได้สำหรับคนพิการในระดับคุณภาพและมาตรฐานจัดให้มีบริการที่จำเป็นสำหรับคนพิการอย่างเหมาะสมเพื่อจำกัดระดับความพิการให้น้อยที่สุดและป้องกันไม่ให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้น โดยมีการจัดบริการสุขภาพให้คนพิการเข้าถึงได้ง่ายที่สุดในพื้นที่ชนบทอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ถึงอย่างนั้นคนพิการยังมีข้อจำกัดในการเดินทาง และการได้รับข้อมูลข่าวสารและการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร⁵ เมื่อมีปรับเปลี่ยนทางสังคมที่เกิดขึ้น คนเหล่านี้จึงต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงมากกว่าคนทั่วไปเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

เมื่อมีนาคม พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ และเห็นว่าการระบาดของโรค COVID-19 แพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนน่ากังวล เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก⁶ จึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค จำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งประเทศไทยเองก็ได้รับผลกระทบเป็นวงกว้างโดยเฉพาะกลุ่มคนพิการเป็นกลุ่มเปราะบางในสังคม ที่อาจได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดในครั้งนี้มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น เนื่องจากข้อจำกัดในด้านความพิการ ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน สติปัญญา ความยากในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวร่างกาย ในบางรายอาจมีความพิการที่ซับซ้อนอีกด้วย จะเห็นได้ว่าแม้ในช่วงสถานการณ์ปกติ คนพิการก็มีความลำบากอยู่แล้วในการดำรงชีวิตอยู่แล้ว องค์การอนามัยโลกได้รายงานผลกระทบร้ายแรงที่เกิดจากการแพร่ระบาดของโรคในครั้งนี้ว่า คนพิการมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อกว่าคนทั่วไป ตลอดจนมีแนวโน้มภาวะสุขภาพที่แย่ลงทั้งปัจจุบันและหลังการระบาดใหญ่ในครั้งนี้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ในครั้งนี้

ที่พบว่า คนพิการมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขาดนัด ขาดยา ทำให้ผู้วิจัยมองว่ากลุ่มผู้พิการเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จึงได้ศึกษาข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลขามเฒ่า อำเภอบัวชุม จังหวัดร้อยเอ็ด จากข้อมูล ณ เดือนมกราคม 2564 พบว่าตำบลขามเฒ่ามีประชากรทั้งหมด 9,931 คน มีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนกับองค์การบริหารส่วนตำบลขามเฒ่า ทั้งหมด 121 ราย และเทศบาลตำบลขามเฒ่า ทั้งหมด 130 ราย รวมจำนวนผู้พิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเฒ่า รวม 251 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.57 ของประชากรทั้งหมด ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550⁷ ผู้พิการที่มีบัตรทองผู้พิการ (ท.74) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ ทั้งบริการการตรวจรักษาการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจพิเศษอื่นตามสิทธิ การขอรับคำปรึกษา บริการที่เกี่ยวข้อง เช่น กายภาพบำบัด พยาบาลจิตเวช การเบิกจ่ายอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เป็นต้น

การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นการพิจารณาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สัมพันธ์กับทฤษฎีที่พัฒนาโดย Penchansky R, and Thomas JW⁸ พัฒนา Theory of access ในปี พ.ศ. 2524 ได้ถูกนำมาใช้ในการวัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะด้านการเข้าถึง ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ความห่างไกล การกระจายตัวของประชากร ซึ่งแนวคิดนี้ได้ระบุถึงมิติต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความพร้อมของหน่วยบริการ (Availability) คือ ความเพียงพอระหว่างบริการที่หน่วยบริการจัดให้ต่อความต้องการของผู้รับบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) คือ ความสามารถที่ผู้รับบริการสามารถมาใช้บริการยังหน่วยบริการได้ เช่น ระยะเวลาและระยะทางของการเดินทางของผู้รับบริการ เป็นต้น ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) คือ ความสะดวกสบายเมื่อผู้รับบริการมารับบริการยังหน่วยบริการ เช่น วันเวลาทำการของหน่วยบริการ การนัดหมาย และสิ่งอำนวยความสะดวกที่หน่วยบริการจัดให้ เป็นต้น ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการ (Affordability) คือ ความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายของการบริการที่เหมาะสมกับรายได้ของผู้บริการ รวมถึงสิทธิการรักษาและประกันสุขภาพ และการยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptation) คือ ทศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อลักษณะของการบริการและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ตามบรรทัดฐานสังคมและวัฒนธรรม

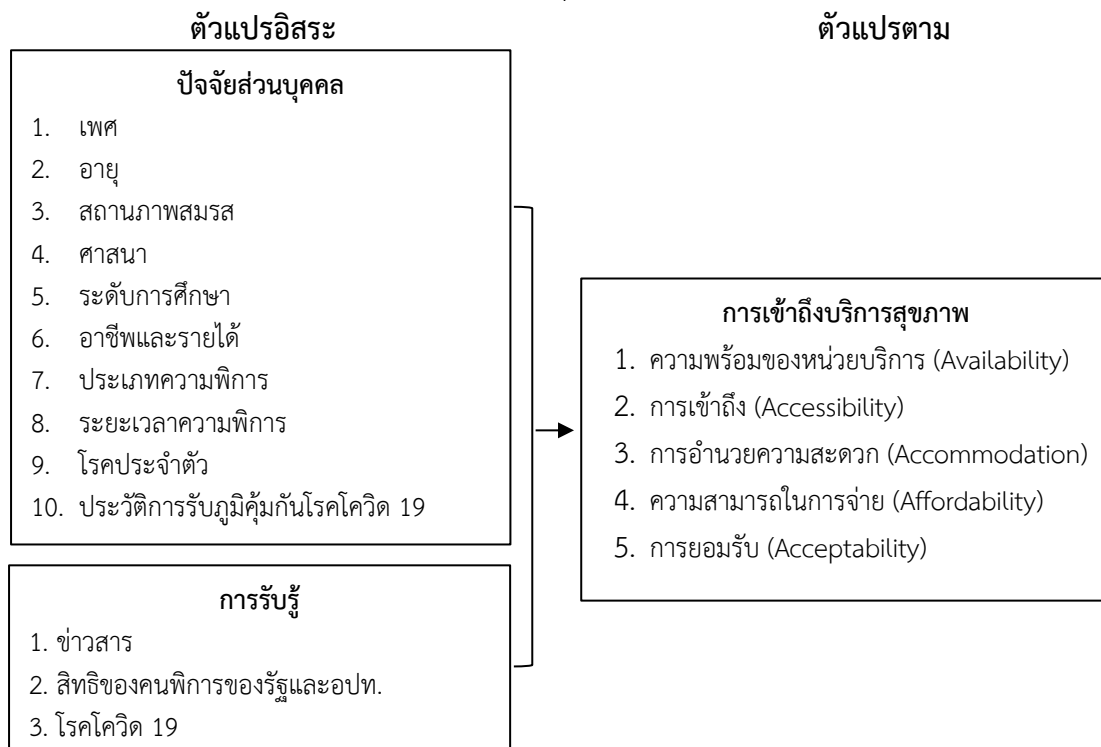
ด้วยการระบาดครั้งนี้มีปัจจัยที่ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เคยเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านการศึกษา การรับรู้ข้อมูลซึ่งมีคนที่มีการศึกษาระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีมีแนวโน้มในการรับรู้ข้อมูลโรค การปฏิบัติตัว การป้องกันโรคที่มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 และการปฏิเสธการรับวัคซีนป้องกันโรค⁹ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและความเสมอภาคของการจัดระบบบริการของรัฐ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการด้านสุขภาพของคนพิการ ทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาการบริการ ออกแบบการบริการสุขภาพที่เหมาะสมเฝ้าต่อคนพิการในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของ คนพิการในเขตพื้นที่ตำบลขามเฒ่า อำเภอบัวชุม จังหวัดร้อยเอ็ดภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ว่าเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของชนพิการจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์ตามแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิของอเดย์และแอนเดอร์สัน¹⁰ ทั้งปัจจัยของประชาชน ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ประเภทความพิการ ระยะเวลาความพิการ โรคประจำตัว ประวัติการรับภูมิคุ้มกันโรค COVID-19 การรับรู้ข่าวสาร การรับรู้สิทธิของชนพิการของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และการรับรู้เรื่องโรค COVID-19 เป็นปัจจัยอิสระ อีกทั้งการเข้าถึงการบริการสุขภาพเป็นการพิจารณาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสัมพันธ์กับทฤษฎี Theory of access ที่พัฒนาโดย Penchansky R, and Thomas JW⁸ ในปี พ.ศ. 2524 ได้ถูกนำมาใช้ในการวัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะด้านการเข้าถึง ซึ่งมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชนบทและห่างไกล ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยเศรษฐกิจและสังคม ความห่างไกล การกระจายตัวของประชากร ซึ่งแนวคิดนี้ได้ระบุถึงมิติต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ของการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความพร้อมของหน่วยบริการ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก (Accessibility) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) และการยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptation) ดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือชนพิการทุกประเภทตามบัญชีรายชื่อผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพชนพิการในตำบลขามเปี้ย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 รวมทั้งสิ้น 251 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือชนพิการทางการมองเห็นและพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายในพื้นที่ตำบลขามเปี้ย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกแล้ว กลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการศึกษามีจำนวน

148 ราย โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทุกหน่วยประชากร เมื่อผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลมีคณพิการที่เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และมีคณพิการที่ไม่ได้อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ ทำให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 99 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 66.89 โดยเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยเกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) เป็นคณพิการที่มีอายุระหว่าง 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่ตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ 4) ไม่มีปัญหาเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช พฤติกรรม สถิติปัญญาการเรียนรู้ และออทิสติก 5) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น การได้ยินหรือการสื่อความหมาย สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 6) เป็นคณพิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และมีบัตรคณพิการเนื่องจากได้รับการรับรองความพิการแล้วจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสถานบริการของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชนที่อธิบดีประกาศกำหนด และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นคณพิการที่ไม่ได้อยู่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ 2) คณพิการที่มีความพิการที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือพิการจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2565 เลขที่โครงการ HE 652083 โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ยึดตามรายงาน Belmont และ GCP in Social and Behavioral Research โดยในช่วงการวิจัยได้ปฏิบัติแนวทางในการเก็บข้อมูลตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 913/2563 เรื่องแนวทางการดำเนินการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับที่ 2 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่ง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคณพิการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ประเภทความพิการ ระยะเวลาความพิการ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และการรับรู้ และประวัติการเข้ารับภูมิคุ้มกันโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Question) คือการให้เลือกตอบให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการ ได้แก่ สิทธิตามพระราชบัญญัติส่งเสริมคุณภาพชีวิตคณพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 20 ประกอบด้วย การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการแพทย์ ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร บริการโทรคมนาคม เทคโนโลยีสารสนเทศ บริการล่ามภาษามือ และการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากแบบสอบถาม เรื่องความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย¹¹ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist Question) คือการให้เลือกตอบให้ตรงกับสภาพความเป็นจริง จำนวน 11 ข้อ โดยแบ่งระดับการรับรู้ตามเกณฑ์ดังนี้ รู้ มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 หมายถึง รับรู้ตามข้อความเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการมาก่อน ไม่รู้ มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่เคยรับรู้หรือไม่เคยรับรู้ตามข้อความเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการมาก่อน

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงการบริการสุขภาพของคณพิการประกอบด้วย ความพร้อมในการใช้งาน (Availability) การเข้าถึง (Accessibility) การอำนวยความสะดวก (Accommodation) ความสามารถในการจ่าย (Affordability) และ 5) การยอมรับ (Acceptability) ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามจากแบบสอบถามจากแบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ของคนพิการ¹² และแบบสอบถามเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา¹³ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist question) จำนวน 18 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่เป็นเชิงบวกจำนวน 15 ข้อ เชิงลบจำนวน 3 ข้อ ทั้งนี้ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิร์ท (Likert scale) โดยแบ่งระดับความเห็นออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อคำถามเชิงบวก ระดับคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ระดับคะแนน 1 2 3 4 5 ตามลำดับ ซึ่งสามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

เครื่องมือการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล ได้แก่ แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามมีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความตรงต่อเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยค่าดัชนีความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไปตาม Davis จากการวิเคราะห์หาค่า CVI ของแบบสอบถามโดยใช้ (Cronbach, 1970)¹⁴ ได้มีการกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาค่าความน่าเชื่อถือได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 และการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ ผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.80 ซึ่งมากกว่า 0.70 ถือว่ายอมรับได้สามารถนำไปใช้ในการวิจัยต่อไปได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิของพื้นที่ตำบลขามเปี้ย อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขออนุญาตในการเข้าพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย จากนั้นประสานผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 20 หมู่บ้านของพื้นที่วิจัย โดยผู้วิจัยเดินทางไปส่งหนังสือและชี้แจงด้วยตนเองและเพื่อการนัดหมาย ก่อนเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและแบบแสดงความยินยอมในการทำวิจัยให้แก่ผู้กลุ่มตัวอย่าง โดยมี พยานที่เป็นกลางอยู่ด้วยตลอดเวลา จากนั้นลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือในเอกสารทุกราย เมื่อได้รับการยินยอมในการทำแบบสอบถามผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยการสัมภาษณ์ด้วยตัวผู้วิจัยเองจากผู้ให้ตอบโดยตรง (Personal interview หรือ Face to face interview) ทั้งนี้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนพิการทางการมองเห็นและพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกายไม่สามารถลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือได้ด้วยตนเอง สามารถให้ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมายเป็นผู้ลงนามแทนได้ โดยมีพยานที่เป็นกลางอยู่ด้วยตลอดเวลา อีกทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องไม่มีปัญหาเรื่องสมองเสื่อมตามเกณฑ์คัดเข้าในข้อที่ 4 โดยการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที คำนึงถึงข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดจากความพิการและส่วนมากสูงอายุโดยไม่เร่ร่อน ใช้การถามซ้ำ ทวนคำถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือได้ยินไม่ชัดเจน หรืออธิบายให้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้เข้าใจง่าย โดยใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลและชัดเจน อยู่ในที่มีแสงสว่างเพียงพอมีการตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงมิถุนายน – สิงหาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 28 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ

2) สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์สมการเชิงถดถอยพหุคูณดังต่อไปนี้ ตัวแปรตาม 1) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนเป็นแบบปกติ 2) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ 3) ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน 4) รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวเป็นเส้นตรง และ 5) ตัวแปรแต่ละตัวเป็นอิสระต่อกันและไม่มี Multilinearity ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปคณพิการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.55 และมีอายุเฉลี่ย 62.10 ปี ช่วงอายุระหว่าง 23 – 91 ปี (S.D. = 14.06) ส่วนมากมีสถานะภาพสมรส ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือสถานะภาพหม้าย ร้อยละ 22.26 และสถานะภาพหย่าร้าง ร้อยละ 6.06 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 81.82 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 7.07 และมีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 5.05 ส่วนมากว่างงาน ร้อยละ 62.63 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 24.24 และมีอาชีพรับจ้างร้อยละ 8.08 โดยส่วนมากรายได้ครอบครัวของคณพิการมีรายได้ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สินร้อยละ 38.38 รองลงมาคือมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่มีเหลือเก็บร้อยละ 26.26 และมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 23.23 ส่วนใหญ่มีความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายร้อยละ 73.74 และความพิการทางการมองเห็น ร้อยละ 26.26 มีระยะเวลาความพิการเฉลี่ย 21.83 ปี โดยสาเหตุความพิการมาจากภาวะเจ็บป่วยร้อยละ 49.49 รองลงมาคือจากอุบัติเหตุมีร้อยละ 33.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 51.52 และคณพิการที่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 48.48 โดยสิทธิการรักษาที่คณพิการส่วนมากคือสิทธิคณพิการ ร้อยละ 96.97 รองลงมาคือสิทธิประกันสังคมร้อยละ 2.02 และสิทธิข้าราชการร้อยละ 1.01 โดยได้รับการรับเบี้ยความพิการ ร้อยละ 100 (ในทุกสิทธิการรักษา) ดังแสดงตามตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคณพิการ 4 ปัจจัย คือการติดเชื้อ COVID-19 การมีโรคประจำตัว การว่างงาน และการรับรู้เรื่องสิทธิคณพิการ พบว่า การติดเชื้อโรค COVID-19 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = 0.29$) การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = 0.17$) การว่างงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -0.26$) และการรับรู้เรื่องสิทธิคณพิการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทางลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของคณพิการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\beta = -0.05$) ดังแสดงตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของคณพิการ (n=99)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	54	54.55
เพศหญิง	45	45.45
อายุ		
60-79 ปี	48	48.48

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
40-59 ปี	39	39.39
≥80 ปี	9	9.09
20-39 ปี	3	3.03
$\bar{X}$ = 62.10, min = 23, max = 91, S.D. = 14.06		
สถานะภาพสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส	45	45.45
โสด	26	26.26
หม้าย	22	22.22
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	6	6.06
ศาสนา		
พุทธ	99	100
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	81	81.82
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	7.07
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	5.05
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	5.05
ปริญญาตรี	1	1.01
การรู้หนังสือ		
อ่านออกเขียนได้	72	72.73
อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้	25	25.25
อ่านออกแต่เขียนไม่ได้	2	2.02
อาชีพ		
ว่างงาน	62	62.63
เกษตรกร	24	24.24
ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้างทั่วไป	8	8.08
ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	3	3.03
ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ	2	2.02
รายได้ครอบครัว		
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	38	38.38
มีพอใช้จ่ายต่อเดือนแต่ไม่มีเหลือเก็บ	26	26.26
มีพอใช้จ่ายต่อเดือนและมีเหลือเก็บ	23	23.23
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	12	12.12

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทความพิการ		
ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางกาย	73	73.74
ความพิการทางการมองเห็น	26	26.26
ระยะเวลาความพิการ (ปี)		
$\bar{X} = 21.83$		
สาเหตุความพิการ		
ภาวะเจ็บป่วย	49	49.49
อุบัติเหตุ	33	33.33
อื่นๆ	17	17.17
โรคประจำตัว		
มี	51	51.52
ไม่มี	48	48.48
สิทธิการรักษา		
สิทธิคนพิการ	96	96.97
ประกันสังคม	2	2.02
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.01
การรับเบี้ยความพิการ		
ได้รับ	99	100

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ (n=99)

การรับรู้ด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ข่าวสาร		
การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคโควิด 19	73	73.74
การได้รับแจ้งข่าวสารการปรับบริการสุขภาพเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด 19	23	23.23
การได้รับรู้ข่าวสารเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับโรคโควิด 19	8	8.08
การรับรู้สิทธิของคนพิการ		
สิทธิในการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการสนับสนุนกายอุปกรณ์จากรัฐ	60	60.60
สิทธิการรักษาฟรีในสถานบริการรัฐ	58	58.59
สิทธิในการรับบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ	52	52.52
สิทธิในการรับบริการเยี่ยมบ้านคนพิการ	46	46.46
สิทธิในการซ่อมบำรุงกายอุปกรณ์เมื่อชำรุดเสียหาย	44	44.44
สิทธิในการรับบริการเพื่อฟื้นฟูความพิการ	39	39.39
สิทธิในการรับบริการรพพยาบาลฉุกเฉินหรือรถกู้ชีพกู้ภัย	19	19.19

การรับรู้ด้านการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิในการรับบริการรถกู้ชีพกู้ภัยของ อปท.	14	14.14
การรับรู้เรื่องโรคโควิด-19		
ไม่เคยรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19	53	53.54
เคยรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19	46	46.46
ไม่เคยมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19	73	73.74
เคยมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19	26	26.26
ไม่เคยมีประวัติติดเชื้อโรคโควิด 19	90	90.91
เคยมีประวัติติดเชื้อโรคโควิด 19	9	9.09

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	β	Std. Error	Beta		
Constant= 4.22					
การรับรู้เรื่องสิทธิคนพิการ	-0.05	0.01	-0.28	-3.14	0.00
การว่างงาน	-0.26	0.08	-0.31	-3.41	0.00
การติดเชื้อโรคโควิด19	0.29	0.13	0.21	2.34	0.02
การมีโรคประจำตัว	0.17	0.07	0.20	2.23	0.03

Multiple R=0.500, R²=0.250, Adjust R²=0.218 S.E.=0.35948 F=7.84, p<.001, df(1.663)

การอภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ระยะเวลาศึกษาในช่วง มิถุนายน – สิงหาคม 2565 อยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการระบาดระลอก 4 หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับในพื้นที่ มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และมาตรการของภาครัฐ ตามที่กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ได้ประกาศมาตรการสถานการณ์โรค COVID-19เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic Approach to COVID-19) การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นประเด็นที่น่าสนใจโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาเนื่องจากส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงบ่งชี้คุณภาพชีวิตอีกด้วย จากการศึกษาพบว่าคนพิการส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา เป็นสิทธิคนพิการ ร้อยละ 96.97 สถานบริการที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 86.87 อัตราเข้ารับบริการสุขภาพเฉลี่ย 5.6 ครั้งต่อปี ($\bar{X}$ = 5.6, min = 0, max = 40) ประเภทบริการที่เข้ารับบริการที่มากที่สุดคือ บริการรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 89.90 คนพิการเคยติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 9 รายร้อยละ 9.09 มีคนพิการที่มีประวัติการสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 26 ราย ร้อยละ 26.26 อัตราการรับวัคซีนป้องกันโรคมีร้อยละ 46.46 โดยมีคนพิการที่ได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรค COVID-19 จำนวน 73 คน ร้อยละ 73.74 มีคนพิการที่ได้รับแจ้งข่าวสารเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 8 คน ร้อยละ 8.08 และ คนพิการได้รับแจ้งข่าวสารการปรับบริการสุขภาพเมื่อมีการระบาดของโรค COVID-19 จำนวน 23 คน ร้อยละ 23.23

ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ ได้แก่ การติดเชื้อ COVID-19 การมีโรคประจำตัว การว่างงาน และการรับรู้เรื่องสิทธิคนพิการ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลในทิศทางบวก คือ การติดเชื้อโรค COVID-19 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเป็นโรคอุบัติใหม่

ที่มีการระบาดทั่วโลก ซึ่งก่อโรคแก่มนุษย์มักมีอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก ในรายที่มีอาการรุนแรงมักมีอาการไอมาก เหนื่อยหายใจหอบ ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว <96% อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อีกทั้งการป้องกันการติดเชื้อ และการรับภูมิคุ้มกันโรค ส่งผลให้การเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการสุขภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ในการรักษาโรคและลดอาการรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeste S, et al.¹⁶ พบว่าโรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อคนพิการที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและพัฒนาการในสหรัฐอเมริกา คนพิการที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและพัฒนาการไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในการบำบัดได้ ร้อยละ 56 ต้องรับบริการทางการแพทย์ทางไกลเป็นหลัก ทั้งนี้ผู้ดูแลยังมีความจำเป็นที่ต้องการการสนับสนุน อุปกรณ์ในการประชุมผ่านวิดีโอ และการศึกษาของ Bastani P, et al.¹⁷ พบว่าใช้ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอินเดีย การระบาดของโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับ ความต้องการสุขภาพด้านสุขภาพจิต ส่วนการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทิศทางบวกต่อการเข้าถึง การบริการสุขภาพของคนพิการ อาจเป็นเพราะคนพิการในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมักมีปัญหาความเสื่อม ตามวัย มีโรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะแทรกซ้อนจากความพิการ ทำให้เกิดความจำเป็นในการ รักษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวารภรณ์ คำนนท์³ พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของคนพิการคือ เพศ อาชีพ รายได้ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและประเภทความพิการ คุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัญหาด้านสุขภาพของคนพิการส่วนใหญ่ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงทำให้มีความต้องการ ในการบริการด้านสุขภาพโดยกายอุปกรณ์ต่าง ๆ การฟื้นฟูกายภาพ การออกกำลังกาย รวมถึงคำแนะนำ ด้านโภชนาการต่อคนพิการในชุมชน อีกทั้งปัจจัยด้านการรับรู้เจตคติของคนพิการ การสนับสนุนทางสังคมและ ครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการอีกด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในทิศทางลบ คือการว่างงาน อาจเนื่องจากคนพิการส่วนมากกว่างาน รายได้ ครอบคลุมไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย อันเนื่องจากความบกพร่องจากความพิการ การศึกษาส่วนอยู่ในระดับชั้น ประถมศึกษา อาชีพที่พอได้คือเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป เมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย ค่าการเดินทาง ค่าอาหาร หรือแม้แต่การขาดงานของคนพิการเองหรือผู้ดูแลทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ นิรันดร์ บุญสิงห์¹⁸ พบว่าความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน มีความสัมพันธ์ ในทิศทางลบกับความต้องการบริการสวัสดิการทางสังคมโดยภาครัฐของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งบริการทางการแพทย์และสุขภาพ การศึกษา อาชีพ และอื่นๆ โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = 0.270$ และ การรับรู้เรื่องสิทธิคนพิการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในทิศทางลบต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ อาจเป็นเพราะหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่มีการจัดบริการสุขภาพที่ครอบคลุมในด้านสิทธิคนพิการ เช่น คลินิกกายภาพเพื่อนฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนกายอุปกรณ์ ค่ารักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา การบริการ รถฉุกเฉินกู้ชีพกู้ภัยของหน่วยบริการเอง และจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของญาณิ ศิริภัทรโสภณและคณะ¹⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ คือการรับรู้ต่อบริการที่จัดให้สำหรับคนพิการโดยเฉพาะทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการว่างงาน เนื่องจากการติดเชื้อโรค COVID-19 และการมีโรคประจำตัว มีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อการตรวจรักษาโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และไม่สอดคล้อง การศึกษาของสุธรรม นันทมงคลชัย²⁰ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความพิการ ทางกาย มักมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 การเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.351$) การรับรู้ประโยชน์ ($\beta = 0.257$) และอายุ ($\beta = 0.167$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เสนอแนะต่อหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการปรับปรุงแบบบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงของคนพิการ เช่น จัดพื้นที่บริการที่เหมาะสมกับคนพิการ มีสถานที่ติดต่อประชาสัมพันธ์และช่องทางการสื่อสารที่เฉพาะสำหรับคนพิการ พื้นผิวต่างสัมผัสสำหรับคนพิการทางการเห็น และส่งเสริมในการรับภูมิคุ้มกันป้องกันโรค COVID-19 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลการพัฒนาคูณภาพบริการเพื่อคนพิการ ในชุมชนเพื่อให้การบริการอย่างมีคุณภาพ เพิ่มศักยภาพของบุคลากร อาศัยการมีส่วนร่วม และนโยบาย ด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการที่ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ว่างาน รายได้ไม่เพียงพอ ต่อค่าใช้จ่าย ขาดผู้ดูแลและมีโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

2. ควรมีการศึกษาขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกประเภทความพิการ ได้แก่คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางการเรียนรู้ ความพิการทางสติปัญญาและความพิการทางออทิสติกในเรื่องปัจจัยที่มีการเข้าถึงการบริการสุขภาพของคนพิการ และศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ หรือโรคอุบัติซ้ำในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Disability (WHO). Disability. [Internet], 2021[cited 25 May 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-Health>
2. กรมส่งเสริมและพัฒนาชีวิตคนพิการ. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dep.go.th/images/uploads/files/situation31mar64.pdf>
3. วราภรณ์ คำนันท. คุณภาพชีวิตของผู้พิการในอำเภอเทพสถิตจังหวัดชัยภูมิ. วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560;24:42-53.
4. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). กรุงเทพฯ: ไอเดีย สแควร์; 2552.
5. ธีรชนก ผิดคำ, สุรัชย์ สุขสกุลชัย. การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้พิการทางสายตาศูนย์ฝึกอาชีพหญิงตาบอดสามพราน จังหวัดนครปฐม. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี 2560;3:30-39.
6. กรมควบคุมโรค. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
7. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 [อินเทอร์เน็ต]. 2550 [เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://omhc.dmh.go.th/law/files/พรบ.สงเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ-พ.ศ.2550.pdf>
8. Penchansky R. & Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981;19:40-127.

9. ประภัศรา พงศ์พันธุ์พิศาล, มนทยา สุนันท์วัฒน์, สมหญิง พุ่มทอง, ลีรัตน์ อนุรัตน์พานิช. ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16:169-182.
10. Andersen RM. Revisiting the behavioral model & access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:1-10.
11. ปันนดา จันทรสุกี้, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์, พีรศักดิ์ จั่วตัน. ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย: กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2560.
12. พิไลย เทียวแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.
13. ดวงดาว ศรีวุฒิ. การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้พิการในเขตอำเภอจุน จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. พะเยา: มหาวิทยาลัยพะเยา; 2556.
14. Polit DF & Beck CT. The Content Validity Index: Are You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing & Health* 2006;29:1:489-97.
15. กระทรวงสาธารณสุข. แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคCOVID-19สู่โรคประจำถิ่น. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2565.
16. Jeste S, Hyde C, Distefano C, Halladay A, Ray S, Porath M, Wilson RB, Thurm A. Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during covid-19 restrictions. *J Intellect Disabil Res* 2020;6:825-33. doi: 10.1111/jir.12776.
17. Bastani P, Mohammadpour M, Samadbeik M, Bastani M, Rossi-Fedele G, Balasubramanian M. Factors influencing access and utilization of health services among older people during the covid - 19 pandemic: a scoping review. *Arch Public Health* 2021;79:190.
18. นิรันดร์ บุญสิงห์. วิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุของความเหลื่อมล้ำทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสังคมของผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น 2563;17:62-73.
19. ญาณิ ศิริภัทรโสภณ, อังสนา บุญธรรม, อรณัฐ ภาชีน, อุมวดี เหลาทอง. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พิการ อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสารสมาคมนักวิจัย 2562;24:151-162.
20. Nanthamongkolchai S, Tojeen A, Yodmai K, Suksatan W. factors influencing access to health services among chronically ill older adults with physical disabilities in the era of the covid-19 outbreak. *Int J Environ Res Public Health* 2022;20:398. doi: 10.3390/ijerph20010398.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการสุขภาพจิตทางไกล
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ ปร.ด.^{1*}, สมพิตร ทรายสมุทร พย.ม.²

รักษ์ รักษัตระกุล พ.บ.³, วินัย รอบคอบ พย.ม.¹, วีระชัย เชื้อนแก้ว พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีแนวโน้มไม่มารับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อาจก่อให้เกิดอาการของโรคกำเริบ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้ระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล จะช่วยสนับสนุนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมการเข้าถึงบริการมากขึ้น การวิจัยเชิงพหุภาคีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 275 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า 1) ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.1 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 3.02, S.D. = 0.57) 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำนวน 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช (QoL) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ(Age) ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) โดยปัจจัยทั้งหมดร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 36.80 กำหนดเป็นสมการดังนี้ $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล ควรนำปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คำสำคัญ: ความร่วมมือในการรับประทานยา คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเวช สุขภาพจิตทางไกล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปาง

³ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลลำปาง

* Corresponding author e-mail: inchai.thep@gmail.com

วันที่รับ (received) 30 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 ธ.ค. 2566

Factors affecting medication adherence and quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services

In Mueang District, Lampang Province

Sriprapai Inchaithep Ph.D.^{1*}, Sompit Saisamuth M.N.S.²,
Ruk Ruktrakul MD.³, Winai Robkob M.N.S.¹, Weerachai Kuankaew M.N.S.¹

Abstract

Psychiatric patients in the community tend to take medication nonadherence, causing symptoms to relapse and affecting the patient's quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services. Telehealth services support continuous patient care and support access to health services. This predictive study aimed to study the level of medication adherence, the level of quality of life and factors affecting medication adherence and quality of life of psychiatric patients receiving tele-mental health services. The sample consisted of 275 psychiatric patients in Mueang District, Lampang Province, using stratified random sampling. Data were collected by a self-care ability assessment, a medication adherence assessment and quality of life assessment form for psychiatric patients. Data were analyzed by using descriptive statistics, binary logistic regression, and multiple regression analysis. The results revealed three main findings. Firstly, medication adherence was at a high level with a rate of 77.1%, and the quality of life of psychiatric patients was also at a high level ($\bar{X} = 3.02$, S.D. = 0.57). Secondly, four factors significantly affected medication adherence at the .05 level, including age, education level, duration of illness, and self-care ability. Lastly, three factors that significantly affected the quality of life (QoL) were age (Age), duration of illness (Time), and self-care ability (Self-care) at a level of 36.80% ($R^2 = 0.368$). The forecasting equation was as follows: $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$. Therefore, healthcare professionals responsible for remotely caring for mental health patients receiving telehealth services should incorporate factors such as age, duration of illness, and self-care abilities into the strategy to promote collaboration in medication adherence and the quality of life for mental health patients in the community.

Keywords: medication adherence, quality of life, psychiatric patients, tele-mental health

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Lampang hospital

³ Psychiatrist, Lampang hospital

* Corresponding author e-mail: inchaithep@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นทุกปี ในรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช จากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า ระหว่างปี 2558-2564 มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1.3 ล้านคนเป็น 2.3 ล้านคน ทั้งนี้ในปี 2564 โรคจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดคือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมี 622,172 คน จากผู้ป่วยโรค จิตเวชทั้งหมด 3.99 ล้านคน¹ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีอัตราการเจ็บป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย ขาดวินัยในการรับประทานยาต่อเนื่อง² ใช้สารเสพติดร่วม รวมถึงถูกละเลยจากสังคมครอบครัวขาดความรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษา จากการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของ ศิรินทิพย์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร³ พบว่า ปัญหาที่สำคัญประกอบด้วยการขาดผู้ดูแล ศักยภาพที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแล การขาดสิทธิและประโยชน์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการถูกตีตราจากสังคม ในขณะที่รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนควรประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือดูแล การจัดบริการเพื่อการดูแล การเสริมสร้างความเข้มแข็ง และการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

เมื่อพิจารณาจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า จิตแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวน 845 คน คิดสัดส่วน 1.28 ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนจิตแพทย์ต่อแสนประชากรของโลกซึ่งเท่ากับ 1.7 ในขณะที่สัดส่วนของจิตแพทย์ในจังหวัดลำปางต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย โดยมีเพียง 0.97 คน ต่อแสนประชากร⁴ ข้อมูลดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน โดยเฉพาะในประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ที่ไม่มีแหล่งบริการที่เฉพาะเจาะจงในด้านสุขภาพจิต ถึงแม้จะมีนโยบายและกลไกในการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม แต่ยังคงพบปัญหาของความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แนวทางหนึ่งที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้คือการให้บริการระบบแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยในการประเมิน ติดตามและ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยชุมชน เน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวันในชีวิต ของตนเองได้จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵⁻⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย การเข้าใจตนเอง การสนับสนุนทางสังคมสูง และทัศนคติต่อการใช้ยา⁷⁻⁸ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมผู้รักษา ความรู้เรื่องโรคและยา การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว⁹ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุ ระดับการศึกษา¹⁰ รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา¹¹

ระบบการแพทย์ทางไกล” (DMS Telemedicine) คือการนำเทคโนโลยีที่ช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถพูดคุยกันได้ คู่สนทนาสามารถมองเห็นหน้าและสนทนากันได้ทั้ง 2 ฝ่ายโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ง่าย สะดวกสบาย ประหยัดเวลา ทั้งยังได้รับการเหมือนกับการมารับบริการด้วยตัวเองที่โรงพยาบาล ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมักเรียกว่าบริการสุขภาพจิตทางไกล (Tele-mental health) หรือการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ซึ่งเป็นการบริการทางการแพทย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้เทคโนโลยีโทรคมนาคมหรือการประชุมทางวิดีโอ ระหว่างผู้ให้บริการ กับผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง มีการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบริการสุขภาพจิตทางไกลมีประสิทธิผลสำหรับให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและแก้ไขปัญหาทางจิตแก่คนจำนวนมาก ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพจิต การดูแล การบำบัดและการรักษาด้วยยา สุขภาพจิต

ทางไกลมีประโยชน์อย่างมากในการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น ในการลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้ารับบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล มีข้อจำกัดในด้านการคมนาคม และในภาวะที่มีสถานการณ์ฉุกเฉินที่ต้องการการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน¹² นอกจากนี้ ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ แพทย์ทางไกล¹³ ผู้ป่วยได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงเป็น อีกแนวทางหนึ่งที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี¹⁴ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Krzystanek, et al.¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือมารักษาที่สถานพยาบาล ได้รับการรักษาทางไกลสามารถแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ แต่สามารถแก้ปัญหาได้ ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากเมื่อติดตามต่อเนื่อง 12 เดือน กลับพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง แต่ถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหาในช่วงของอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภทได้

การบริการสุขภาพจิตในจังหวัดลำปาง มีการนำระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล มาใช้สนับสนุน การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากในการเข้ารับ บริการสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโควิด 19 โดยโรงพยาบาลลำปางร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยเริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี พ.ศ 2563 จนถึงปัจจุบัน โดยมีผู้เข้ารับบริการจำนวน 889 คน¹⁶ และพบว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วย ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวม เเชิงประจักษ์ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งได้แก่ การรับประทานยา อน่างต่อเนื่อง การกำเริบของโรค การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับการผ่านระบบบริการสุขภาพจิตทางไกล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ให้สอดคล้องกับนโยบายและเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ รวมถึงนำไปขยายผลการบริการสุขภาพจิตทางไกลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการ บริการสุขภาพจิตทางไกล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับการบริการสุขภาพจิตทางไกล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ตัวแปรต้นได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนตัวแปรตามได้แก่ความร่วมมือในการรับประทานยา ตามแนวคิดของ Farragher¹⁷ พัฒนาโดย รัชนี อุทัยพันธ์¹⁸ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถ ในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และคุณภาพชีวิต 11 ด้าน ได้แก่ ด้านแรงจูงใจ ภายนอก ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายใน และการมีเป้าหมายชีวิต

ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน ด้านสภาพแวดล้อมด้านนันทนาการ ด้านการจัด การปัญหา
ด้านภาวะสุขภาพด้าน ความต้องการ และด้านสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทายยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา
รายได้ และความสามารถในการดูแลตนเอง

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือ
ในการรับประทายยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลลำปาง
และเครือข่ายระดับปฐมภูมิ 27 แห่ง ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 889 คน

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามหลัก DSM-V ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ
ทางด้านจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ และมีพฤติกรรมแสดงออก ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power โดยกำหนด Odds ratio = 1.5, Pr, H0 = 0.5, α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 280 คน เก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ได้กลุ่มตัวอย่าง 275 คน
คิดเป็นร้อยละ 98.21 เก็บข้อมูลด้วยวิธี Cluster Random Sampling จากสถานบริการ 10 แห่ง ได้แก่
รพ.สต.บ้านทรายทอง นิคม 16 กล้วยพะเยา บ้านกาด ม่วงม่านเหนือ บ้านเอี่ยม สปไพร พุ่งกล้วย ม่วงแวง และ

รพ.สต.ท่าซัว กำหนดเกณฑ์การคิดเข้าคือ ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพจิตทางไกล อย่างน้อย 3 ครั้ง สามารถคิดและตัดสินใจได้ ควบคุมตนเองได้ ไม่มีอาการทางจิตรุนแรง และได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลตามกฎหมายและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว เห็นภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2566-006 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชให้ผู้ดูแลเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแทน โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น การนำเสนอผลวิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม และไม่มีเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วยได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน 10 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด ปรับปรุงจากแบบติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกรมสุขภาพจิต¹⁹ กำหนดระดับคะแนนเป็น 1-3 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเองได้ดี 2 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเองปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง ดูแลตัวเองไม่ดี คะแนนรวมความสามารถในการดูแลตนเองระดับดี คะแนนอยู่ในช่วง 10-16 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 17-23 คะแนน และระดับไม่ดีคะแนนอยู่ในช่วง 24-30 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ปรับปรุงจากแบบวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช ของ รัชนิ อุทัยพันธ์¹⁸ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา กำหนดระดับคะแนนรายข้อ 1-4 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติ 2 คะแนน หมายถึง นานๆ ครั้ง, 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง 4 คะแนน หมายถึง สม่าเสมอ คะแนนรวมพฤติกรรมในการรับประทานยาระดับต่ำคะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 21-42 คะแนน และระดับสูงคะแนนอยู่ในช่วง 43-64 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา⁶ ครอบคลุม 11 องค์ประกอบด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านภาวะสุขภาพ ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศและด้านภาพลักษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นเช่นนั้น/ไม่พอใจ 2 คะแนน หมายถึง บางครั้ง/พอใจน้อย 3 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง/พอใจ 4 คะแนน หมายถึง สม่าเสมอ/พอใจมากที่สุด

คะแนนรวมคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1-1.99 คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2-2.99 และคุณภาพชีวิตดี คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3-4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาล วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of consistency : IOC) ได้ค่า 0.67- 1 และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยพื้นที่รพ.สต.ท่าซ้ว จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่า 0.78 และ 0.72 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แก่ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้อง

2. ผู้ประสานงานและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแจกแบบสอบถามโดยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอม ตามรายละเอียดที่ระบุในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นประเมินความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟัง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเจ็บป่วย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
2. ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และ คุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 63.60 ช่วงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 57.20 การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 54.50 รายได้ต่อเดือน 1,001- 5,000 บาท จำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 อาศัยอยู่กับบิดาและ/หรือ มารดา และ/หรือลูก จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 และ ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 38.90 ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีการดูแล

ตนเองในระดับดีร้อยละสูงสุดได้แก่ ด้านการกินยา จำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 74.18 รองลงมาคือ ด้าน การทำกิจวัตรประจำวันจำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 71.27 และด้านอาการทางจิต/ความผิดปกติ จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 54.18

2. ความร่วมมือในการรับประทานยาและปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

2.1 ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ในด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับสูง จำนวน 212 คน คิดเป็นร้อยละ 77.10 ส่วนความร่วมมือในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ส่วนใหญ่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในระดับสูง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ และร้อยละของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช

ความร่วมมือในการรับประทานยา	ต่ำและปานกลาง (16-42 คะแนน)		สูง (43-64 คะแนน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	63	22.90	212	77.10
2. การสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	154	56.00	121	44.00

2.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง โดยร่วมกันทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 42.20 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($\beta = -2.226$) เมื่อพิจารณาทิศทางของปัจจัยทำนาย จะเห็นว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีทิศทางตรงข้ามกับความร่วมมือในการรับประทานยา ส่วนระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงมีทิศทางเดียวกันกับความร่วมมือในการรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 2

2.3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช (Med)

ปัจจัย	β	S.E	Wald	p-value	EXP(B)
1. อายุ (Age)	-1.242	0.239	9.824	0.011*	2.785
2. ระดับการศึกษา (Edu)					
ไม่ได้เรียน			2.461	0.007*	
ประถม	1.064	0.042	1.452	0.424	1.477
มัธยม	1.228	0.025	2.912	0.042*	3.221
สูงกว่ามัธยม	0.618	0.039	1.077	0.226	1.824
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time)	-2.226	0.414	7.744	0.036*	3.344
4. การดูแลตนเอง (Self-care)					
น้อย			3.224	0.024*	
ปานกลาง	1.126	0.712	1.228	0.173	2.464
สูง	2.482	0.115	4.212	0.008*	4.121
Nagelkerke $R^2 = .422$, Constant =5.524					

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

3.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.02$, S.D. = 0.57) โดยคุณภาพชีวิตด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านการดูแลตัวเอง ($\bar{X} = 3.57$, S.D. = 0.73) ด้านสภาพแวดล้อม ($\bar{X} = 3.47$, S.D. = 0.66) ด้านนันทนาการ ($\bar{X} = 3.33$, S.D. = 0.71) และด้านภาพลักษณ์ ($\bar{X} = 3.54$, S.D. = 0.75) ส่วนด้านที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ ($\bar{X} = 1.72$, S.D. = 0.67) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่รับบริการสุขภาพจิตทางไกล

ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านแรงจูงใจภายนอก	2.44	0.83	ปานกลาง
2. ด้านสัมพันธ์ภาพและการสื่อสาร	3.24	0.66	สูง
3. ด้านการดูแลตนเอง	3.57	0.73	สูงมาก
4. ด้านแรงจูงใจภายในและการมีเป้าหมายชีวิต	3.08	0.84	สูง
5. ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน	3.18	0.77	สูง
6. ด้านสภาพแวดล้อม	3.47	0.66	สูงมาก
7. ด้านนันทนาการ	3.33	0.71	สูงมาก
8. ด้านการจัดการปัญหา	2.50	0.85	ปานกลาง
9. ด้านภาวะสุขภาพ	3.12	0.63	สูง
10. ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ	1.72	0.67	ต่ำ
11. ด้านภาพลักษณ์	3.54	0.75	สูงมาก
รวม	3.02	0.57	สูง

3.3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยทั้งหมดร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 36.80 ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดได้แก่ การดูแลตนเอง ($\beta = 0.755$) รองลงมาคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($\beta = -0.695$) เมื่อพิจารณาทิศทางของปัจจัยทำนาย จะเห็นว่า อายุและระยะเวลาการเจ็บป่วย มีทิศทางตรงข้ามกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูงมีทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช ดังรายละเอียดในตารางที่ 4 และสามารถกำหนดเป็นสมการทำนายได้ดังนี้ $Y(QoL) = 5.122 - 0.442 (Age) - 0.762 (Time) + .824 (Self-care)$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช (QoL)

ปัจจัย	B	Std. error	β	T	p-value
Constant	5.122	0.228		12.626**	<.001
1. อายุ (Age)	-0.442	0.331	-0.496	3.466*	.033
2. รายได้ต่อเดือน (Income)	0.425	0.395	0.422	0.324	.118
3. ระยะเวลาการเจ็บป่วย (Time)	-0.762	0.428	-0.695	2.812*	.041
4. การดูแลตนเอง (Self-care)	0.824	0.455	0.755	4.395**	<.001

$R^2 = .368$, $R^2_{adj} = .382$, $F = 9.226$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากการได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการแก่ผู้ป่วย มีพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวในการเข้ารับการรักษา และเวลาในการให้บริการจากแพทย์และพยาบาลมีเพียงพอ ในการให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีความต่อเนื่องของการดูแล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทำให้การติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้เทคโนโลยีทางไกล และโทรศัพท์สามารถเพิ่มอัตราการกินยาต่อเนื่อง และสร้างความตระหนักในการกินยาของผู้ป่วยได้²⁰ ผู้ป่วยได้ใช้พื้นที่ส่วนตัวในการเข้ารับบริการ ลดความวิตกกังวลในการถูกตีตรา จึงทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามนัดในอัตราที่สูงขึ้น ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาได้ดี¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Krzystanek, et al.¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือมารักษาที่สถานพยาบาล ได้รับการรักษาทางไกล สามารถแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ แต่สามารถแก้ปัญหาได้ในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากเมื่อติดตามต่อเนื่อง 12 เดือน กลับพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยลดลง แต่ถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหในช่วงของอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภทได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลทางลบต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่อยู่ในระดับสูงมาก ได้แก่ ด้านการดูแลตัวเอง ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ และด้านภาพลักษณ์ แสดงให้เห็นว่าการบริการสุขภาพทางไกลและการแพทย์ทางไกล สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้และไม่ใช้แพทย์ทางไกล พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ใช้การแพทย์ทางไกลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้¹³ การบริการสุขภาพจิตทางไกล เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ชับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม และเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ในการประเมินติดตามและให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยชุมชน เน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรประจำวันในชีวิตของตนเองได้ จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{5,6} สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับสถานภาพทางการเงิน การรักษาต่อเนื่องและการรับรู้เกี่ยวกับโรค¹¹ และการที่บริการสุขภาพจิตทางไกลมีการส่งต่อการบริการจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและชุมชน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงในระดับครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจในการเผชิญปัญหา และอุปสรรค เพื่อที่จะใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าอายุกับระยะเวลาการป่วย มีความผกผันกับความร่วมมือในการรักษา แสดงเห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นและระยะเวลาการป่วยที่ยาวนาน จะส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง อธิบายได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช เกิดขึ้นจาก 4 ปัจจัยหลัก คือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านบุคลากรในทีมผู้รักษา และปัจจัยด้านการรักษา ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะทำให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับวิจัยของ Acosta, et al.²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อยมีแนวโน้มในการเกิดปัญหาพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาสูง และวิจัยของ Yoshihisa²¹ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือสม่ำเสมอในการรับประทานยามีปัจจัยทำนายความร่วมมือคือมีอายุมากกว่า ส่วนระยะเวลา

การเจ็บป่วยทางจิตที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา อาจเป็นไปได้จาก ความเบื่อหน่ายท้อแท้ในการรักษา หรือจากอาการทางจิตที่เรื้อรัง รุนแรงขึ้น จนส่งผลต่อความสามารถ ในการดูแลตนเองและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าระดับการศึกษา และความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากระดับการศึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลการรักษา ประสิทธิภาพของยา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้⁹ ผู้ป่วยที่สามารถ ดูแลตนเองได้จะสามารถจัดยาและรับประทานยาเองได้อย่างต่อเนื่อง²² นอกจากนี้ความร่วมมือ ในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชายังขึ้นอยู่กับ การเข้าใจตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวช⁷⁻⁸ ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับวิจัยของศศิธร รุ่งสว่าง²³ ที่พบว่า อายุ เพศ และ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด ในด้านจำนวนข้อคำถามที่มีมาก ส่งผลต่อการคิดและตัดสินใจเลือกคำตอบในการให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่อาจจะ ไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีผู้ดูแลช่วยกระตุ้นในการตอบคำถามวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยมุ่งเน้นในกลุ่มที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังเนื่องจากเป็นกลุ่มที่พบว่ามีแนวโน้ม รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
2. บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. หรือผู้ดูแล ควรประเมินระดับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช
3. ผลการศึกษาที่พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้นับ บริการสุขภาพจิตทางไกลอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้บริการ จึงควรกำหนด นโยบายในการพัฒนาและขยายผลบริการสุขภาพจิตทางไกล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรสุขภาพ ไม่เพียงพอ หรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล
4. ควรนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชจากการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับบริการสุขภาพจิตทางไกล
5. เสนอแนะเชิงนโยบายในการกำหนดกิจกรรมด้านการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ให้เป็นกิจกรรมหนึ่งของการบริการสุขภาพจิตทางไกลต่อเนื่องลงสู่ชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากร สุขภาพไม่เพียงพอ หรือมีความแออัดในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ ขอขอบคุณบุคลากรในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ของอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
2. Hamann J, Lipp ML, Christ-Zapp S, Spellmann I, Kissling W. Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 2014;65:7;881-87. doi: 10.1176/appi.ps.201300322
3. ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2561;36:2;68-76.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
5. รุ่งทิวา วราพุด, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, เอกอุมา อิ่มคำ. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2565; 36:33-48.
6. กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26:28-40.
7. จีรศักดิ์ ห้วยทราย, สมชาย สุริยะไกร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลดงหลวง. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2019;34:150-4.
8. สุชานาถ อินวรรณ, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2020;34:33-56.
9. สุมิตา กุมลา, โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2564;34:132-52.
10. ณัฐรา เชื้อหมอ. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
11. กิ่งกาญจน์ ไชยบุศย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารเสพติดในชุมชนเขตภาคกลาง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2559; 30:137-51.
12. Bradford NK, Caffery LJ, Smith AC. Telehealth services in rural and remote Australia: a systematic review of models of care and factors influencing success and sustainability. *Rural and remote health* 2016;16:1-23.
13. กมนต์ภรณ์ สุวรรณทวีมีสุข, กิตติพล นาควิโรจน์, ธัญญรัตน์ ไนมายสินทวี. ผลลัพธ์ของการใช้ระบบแพทย์ทางไกลควบคู่กับการดูแลปกติเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: การทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2566;6:133-43.
14. Uscher-Pines L, Arora N, Jones M, Lee A, Sousa JL, McCullough C M, Ober AJ. Experiences of Health Centers in Implementing Telehealth Visits for Underserved Patients During the COVID-19 Pandemic: Results from the Connected Care Accelerator Initiative. *Rand Health Quarterly* 2022.

15. Krzystanek M, Krysta K, Skalacka K. Treatment compliance in the long-term paranoid schizophrenia telemedicine study. *J Technol Behav Sci* 2017;2:84-7.
16. โรงพยาบาลลำปาง. เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2564. ลำปาง: โรงพยาบาลลำปาง; 2565.
17. Farragher B. Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal* 1999;92:392-4.
18. รัชนี อุทัยพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
20. Acosta FJ, Hernández JL, Pereira J, Herrera J, Rodríguez CJ. Medication adherence in schizophrenia. *World Journal Psychiatry* 2012;2:74-82.
21. Hirakawa Y, Hilawe EH, Chiang C, Kawazoe N, Aoyama A. Comprehensive medication management services influence medication adherence among Japanese older people. *Journal Rural Med* 2015;10:79-83.
22. Kikkert M, Dekker J. Medication adherence decisions in patients with schizophrenia. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2017;19:17n02182. doi: 10.4088/PCC.17n02182.
23. ศศิธร รุ่งสว่าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* 2560;18:6-23.

การพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

วารงkana บุตรศรี วท.ม.^{1*}, สอาด มุ่งสิน ส.ม.¹, วัชร อัมมะเหียะ พย.บ.²

บทคัดย่อ

ปัญหาภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งที่พบบ่อยของเด็กปฐมวัย หน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน คือ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูโรงเรียนประถมศึกษาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และตัวแทนจาก ภาคประชาชน ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) การค้นหา (Look) 2) การคิด (Think) และ 3) การกระทำ (Act) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า เด็กมีภาวะโภชนาการ ได้แก่ น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ (10.45 %) น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (4.54 %) น้ำหนักและส่วนสูงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (15 %) สำหรับการบริหารจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่าหน่วยงานหรือบุคคลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการให้การสนับสนุน แต่เชื่อมโยงข้อมูลและงบประมาณระหว่างหน่วยงานหรือบุคคลน้อย รวมทั้งสมรรถนะของบุคลากรเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยมีน้อย รูปแบบและการใช้การจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วย การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ การสร้างระบบและกลไกการสื่อสารด้านโภชนาการของชุมชนอย่างครบวงจร การสร้างแกนนำด้านโภชนาการระดับครัวเรือนและชุมชน และการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ การสร้างนโยบายสาธารณะ การบริหารจัดการระบบอาหารและโภชนาการ เพื่อส่งเสริมโภชนาการชุมชน รวมทั้งการจัดทำคู่มือ การอบรมบุคลากรเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย จากการศึกษาครั้งนี้เป็นศึกษาการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงาน กลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ได้รูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยสอดคล้องกับพื้นที่ ซึ่งจะใช้แนวทางในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยของพื้นที่ตำบลปทุมอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการอาหาร รูปแบบ ความสามารถในระดับท้องถิ่น เด็กปฐมวัย

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม จังหวัดอุบลราชธานี

* Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

วันที่รับ (received) 10 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 21 พ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ธ.ค. 2566

Developing a Nutritional Management Model to Promote Nutrition for Preschool Children at Patum Sub-district, Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province

Warangkana Bootsri M.Sc.^{1*}, Sa-ard Mungsin M.P.H.1, Watcharee Ammahia B.N.S.²

Abstract

The issue of nutritional status is a common and significant problem among preschool children. The organizations or individuals involved in the area should prioritize addressing this issue. This research aimed to develop a model for managing nutrition to promote nutrition for preschool children with community participation. The sample group consisted of 70 individuals representing local government organizations, healthcare professionals from local health promotion hospitals, elementary school teachers, early childhood development centers, and representatives from the community at the Patum sub-district, Mueang District, Ubon Ratchathani Province. The research is conducted in three phases: 1) exploration, 2) thinking, and 3) action. Data were collected through interviews, group discussions, questionnaires, and record form. Statistical analysis and content analysis are employed to analyze the data. The research findings indicate that preschool children face nutritional problems such as weight exceeding standards (10.45%), below standard weight (4.54%), and weight and height not meeting standards (15%). Regarding the management of food and nutrition for young children, it was found that both official and unofficial entities offer limited support, with minimal information and budget linkage between them. Additionally, the personnel's competency related to children's nutrition is low. The accepted model for promoting nutrition for preschool children includes creating an environment conducive to desirable nutritional behavior, establishing a comprehensive community nutrition communication system, developing household and community-level nutritional guidance, and creating a nutrition surveillance network. Public policies, management of food systems, and training of personnel on children's nutrition are also part of the proposed model. The study concludes that the collaborative practice of organizations, groups, and individuals in the community has developed a nutrition management model that aligns with the local context. This model will be used as a guideline for continuous implementation to promote nutrition for young children in the Patum sub-district, Mueang District, Ubon Ratchathani Province.

Keywords: nutrition management, model, local capacity, preschool children

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

² PatumSubdistrict Health Promotion Hospital, Ubon Ratchathani Province

* Corresponding author e-mail: warangkana@bcnsp.ac.th

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดการพัฒนาาระบบอาหารอย่างยั่งยืนเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs (Sustainable Development Goals) เป้าหมายที่ 2 ซึ่งระบุว่า ทุกประเทศต้อง “ขจัดความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และสนับสนุนเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน” ความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคน หากมีความมั่นคงทางอาหารที่ดีจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากการมีพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาที่เหมาะสมตามวัย และการมีสุขภาพที่ดี จะช่วยสนับสนุนให้สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยอาหารที่บริโภคต้องมีความปลอดภัยและมีโภชนาการจำเป็นในระดับที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ การเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการครบถ้วนยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ แต่จากสภาพปัจจุบันยังพบความชุกของภาวะขาดสารอาหาร (Prevalence of Undernourishment) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 8.6 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2561 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 9.3 เช่นเดียวกับความชุกของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มีภาวะเตี้ย ผอม และน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2559¹

เด็กปฐมวัยเป็นวัยเริ่มต้นของชีวิตและพัฒนาการในทุกด้าน การดูแลคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยทั้งในด้านสุขภาพกายใจ การศึกษา และสวัสดิการที่ดี รวมถึงการเสริมสร้างให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้าน เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก จากรายงานผลการติดตามและประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) ระยะยาว พ.ศ. 2550 - 2559 ได้ให้ความหมายของเด็กปฐมวัยว่า “เด็กปฐมวัย” คือ เด็กตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน หรือต่ำกว่า 6 ปี เนื่องจากเด็กในช่วงอายุแรกเกิดจนถึง 5 ปี สมอและร่างกายจะมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านการรับรู้ ภาษา สังคม อารมณ์ ดังนั้นหากเด็กในวัยนี้ได้รับการดูแลและสร้างเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้เด็กสามารถเติบโตได้อย่างเต็มศักยภาพและสอดคล้องกับช่วงวัย ซึ่งจะเป็นรากฐานที่ดีให้เด็กสามารถเติบโต เป็นผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ และจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศได้อย่างมั่นคงต่อไป²

จากการทบทวนสถานการณ์ของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการแบบเรื้อรังปานกลางหรือรุนแรง (เตี้ย) คิดเป็นร้อยละ 10.5 เฉียบพลันปานกลางหรือรุนแรง (ผอม) คิดเป็นร้อยละ 5.4 นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 8.2 มีน้ำหนักสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรืออ้วนเมื่อเทียบกับความสูงโดยพบเด็กแรกอายุ 24 - 35 เดือนมีภาวะทุพโภชนาการเรื้อรังสูงกว่าเด็กในกลุ่มอายุอื่น³ ปัญหาดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการทางกายภาพและพัฒนาการทางสมองของเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสองปีแรกของชีวิตทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงและเมื่อเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และยังมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น การขาดสารอาหารในวัยเด็กยังอาจส่งผลกระทบต่อเนื่องระยะยาว เด็กหญิงที่มีลักษณะแคระแกรนจะมีความเสี่ยงเมื่อตั้งครรภ์ มีการเพิ่มของน้ำหนักไม่มากพอในระหว่างตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการของมารดาอาจส่งผลให้ทารก มีน้ำหนักแรกเกิด ต่ำพร้อมกับภาวะสุขภาพของเด็กไม่ดี ยิ่งไปกว่านั้น ทารกเหล่านี้อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูลูกกลับมาได้เหมือนเด็กขาดอาหารอื่น ๆ ร่างกายจะอ่อนแอ มีความเสี่ยงสูงต่อโรคติดเชื้อและเสียชีวิตได้ที่สุด และหากรอดชีวิตเมื่อเป็นผู้ใหญ่อาจต้องเผชิญกับการเป็นโรคเรื้อรังตามมาได้⁴ การแก้ปัญหาโดยการจัดการดูแลส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้โดยครอบครัวและชุมชนแบบมีส่วนร่วม จึงมีความสำคัญเพื่อให้เด็กปฐมวัยในประเทศไทยเจริญเติบโตอย่างแข็งแรง

การแก้ปัญหาจัดการและดูแลการส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยที่มีประสิทธิภาพสามารถดำเนินการโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า การสร้างความร่วมมือของครอบครัว ผู้ปกครอง และ

องค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กในชุมชน 3 องค์กร ประกอบด้วย 1) องค์การบริหารส่วนตำบลกำหนดแผนและงบประมาณ และพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้มีพื้นที่สำหรับเด็กเล็ก 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลพัฒนาสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเด็ก โดยให้ความรู้แก่ครอบครัว เสริมสร้างความเข้มแข็งให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เด็ก ร่วมมือกับครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็ก จัดสิ่งแวดล้อมสถานที่ และอุปกรณ์ และ 4) ครอบครัว พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เด็ก ด้านโภชนาการ การเล่น คุณธรรม และจริยธรรม⁵ จากข้อมูลภาวะโภชนาการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2565⁶ พบว่าเด็กอายุ 1 - 5 ปี มีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 63.02 ข้อมูลงานอนามัยโรงเรียนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า มีภาวะโภชนาการสมส่วนเพียง ร้อยละ 60.69 และพบปัญหาภาวะโภชนาการผอมและค่อนข้างผอม ร้อยละ 9.89 ท้วมร้อยละ 5.96 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.84 ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย ร้อยละ 7.38 สำหรับพื้นที่ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วนร้อยละ 68.89 นี้แสดงว่า อีกร้อยละ 31.11 ของเด็กกลุ่มดังกล่าวยังต้องได้รับการดูแลหรือบริหารจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการที่เฉพาะเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดอัตราภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยหรืออาจพบปัญหาด้านโภชนาการต่อเนื่องในระยะวัยเรียนได้ต่อไป

เมื่อการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาโภชนาการสำหรับปฐมวัยของพื้นที่ในชุมชนได้ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, เกษศิริรินทร์ ภูเพชร, วิกานดา หมัดอะดัม, ยุวนิดา อารามรมย์, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง และ สิริภัทร โสติยาภักย์⁷ ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการ ได้ใช้แนวทางอาหารของแม่ในเขตพื้นที่ตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลาผ่านการมีส่วนร่วม พบว่าเกิดการมีส่วนร่วมทั้ง มารดา ครอบครัว ชุมชน หน่วยที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ ทำให้ปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยลดลง จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ จากปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ตำบลปทุม ชำตัน คณะผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยเพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารในการส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ให้สอดคล้องกับบริบทตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี และอาจช่วยส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการให้ยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานด้านอาหารและโภชนาการเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในชุมชน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการจากทฤษฎีระบบ (System theory)⁷ มาเป็นกรอบแนวทางในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การค้นหา (Look) สำรวจและวิเคราะห์ปัญหา 2) การคิด (Think) สะท้อนผลของผู้มีส่วนร่วมว่าต้องการทำอะไร 3) การกระทำ (Act) การแก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญโดยการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล โดยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชน พัฒนาขึ้นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้ง 4 องค์กรหลักในชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบ 1) อบต. ทั้งผู้บริหารและระดับ ผู้ปฏิบัติ และองค์กรท้องที่ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3) ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการในชุมชน 4) โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา ร่วมกันออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ โดยยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create supportive environment)

การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) และ การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health service) และใช้ กลวิธี ในการขับเคลื่อน 3 ประการคือ 1) การสื่อสารระดมความร่วมมือ 2) การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 3) การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพพัฒนาศักยภาพ ของชุมชนด้านการบริหารจัดการระบบอาหารและโภชนาการในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม ในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็น กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย

ระยะที่1 การค้นหา (Look) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการ ในชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น จากผู้บริหารของเทศบาลตำบลปทุม ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปทุม ตัวแทนภาคประชาชน ได้แก่ ประธาน อสม. และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม จำนวนทั้งสิ้น 13 คน

ระยะที่ 2 ระยะวางแผนปฏิบัติการ (Think) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการ อาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มได้แก่ ผู้อำนวยการ กองการศึกษาและกองสาธารณสุขของเทศบาลตำบลปทุม พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการโรงเรียนและครูบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครู ประจำศูนย์ฯ ประธาน อสม. และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม จำนวนทั้งสิ้น 46 คน

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act) การนำรูปแบบไปใช้แก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญโดยการวางแผนปฏิบัติ และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) กลุ่มผู้นำแผนปฏิบัติการไปใช้ (กลุ่มเดียวกับระยะที่ 2) คือ ผู้อำนวยการ กองการศึกษาเทศบาลและกองสาธารณสุขตำบลปทุม พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการโรงเรียนและครูบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครู และอสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม จำนวนทั้งสิ้น 46 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ 2) กลุ่มที่ถูกติดตามประเมินผลคือเด็กปฐมวัย จำนวน 11 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นและผู้ปฏิบัติงานด้านอาหาร และโภชนาการเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ BCNCT 08/2565 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย อ่านเอกสาร ชี้แจงข้อมูลการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่มีโอกาส ได้รับ จากการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบข้อคำถามหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตามระยะเวลาดำเนินการ 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การค้นหา (Look) เป็นการศึกษาและวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการในชุมชน โดยมีเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแบบการสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 2 ระยะวางแผนปฏิบัติการ (Think) การเป็นออกแบบพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัยร่วมกับพื้นที่ เครื่องมือคือ แบบการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการในชุมชนสำหรับเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act) การนำรูปแบบไปใช้แก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญโดยการวางแผนปฏิบัติ และประเมินผล โดยมีเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม คือ แบบสอบถามและแบบประเมินภาวะโภชนาการ สื่อที่ใช้ในการพัฒนาการส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มครูพี่เลี้ยง ผู้ปกครองและอสม. ได้แก่กลอนลำส่งเสริมการกินผัก โดยหมอลำ ป.ฉลาดน้อย ส่งเสริม ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงจุดเด่นทางวัฒนธรรมมาใช้ในการชี้นำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่วนเด็กปฐมวัยใช้สื่อสิ่งพิมพ์ในรูปแบบของคู่มือแผ่นพับที่ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและสื่อแอนิเมชัน เรื่องหนูน้อยกินผัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อ (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษา และมีการปรับปรุงตามคำแนะนำ นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองไข่นก ตำบลหนองไข่นก อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ชุด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหา (Look) เตรียมความพร้อม สสำรวจและวิเคราะห์ สถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการในชุมชน วิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย กลุ่มเป้าหมาย 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลปทุม นายกเทศมนตรีตำบลปทุมและผู้บริหารของเทศบาล ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปทุม ประธาน อสม. และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม โดยมีกิจกรรมคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และร่วมวางแผนการทำงานตลอดจนศึกษาสถานการณ์และศักยภาพความพร้อมด้านอาหารและโภชนาการของเด็กปฐมวัย เพื่อนำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

ระยะที่ 2 ระยะวางแผนปฏิบัติการ (Think) จัดประชุมเวทีเสวนาร่วมกับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม ผู้อำนวยการกองการศึกษาและกองสาธารณสุขของเทศบาลตำบลปทุม พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.ปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการและครูโรงเรียนบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครูประจำศูนย์ฯ ตัวแทนภาคประชาชนได้แก่ประธาน อสม. และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรมเพื่อคืนข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 รายงานผลข้อสรุป สะท้อนข้อมูลจากการศึกษา และวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาด้านอาหารและโภชนาการในชุมชน เพื่อให้ภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชนร่วมกันวิเคราะห์ วิจัย วิจารณ์ จัดระดมสมองกลุ่มเป้าหมาย

4 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์และสังเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ พร้อมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่พบในชุมชนตำบลปทุม และข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาที่พบ แต่ละกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น ในการจัดการอาหารและโภชนาการ ในชุมชน พัฒนาและนำเสนอร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นในการจัดการอาหารและโภชนาการ ในชุมชน รวมทั้ง จัดและสร้างนโยบายผลักดันการส่งเสริมโภชนาการในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act) การนำรูปแบบไปใช้แก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญโดยการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล ในระยะนี้ได้จัดกิจกรรมให้กับกลุ่มแกนนำทั้ง 4 กลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม

1. การประชาสัมพันธ์ร่างรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นในการจัดการอาหารและ โภชนาการเพื่อส่งเสริมโภชนาการของชุมชน

2. การมีกิจกรรมตามหลักการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ดังนี้

1) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยอบรมแกนนำการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชน ได้แก่ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม ผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ ครูประจำศูนย์พัฒนาเด็ก วัยก่อนเรียน และแม่ครัว โดยอบรมเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และการใช้กลอนลำส่งเสริมการกินผัก

2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรม ทางโภชนาการที่เหมาะสม เช่นการปลูกผักสวนครัวในศูนย์เด็กเล็กก่อนวัยเรียนและโรงเรียนประถมศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าวัดที่เป็นแหล่งความมั่นคงทางอาหารซึ่งมีพื้นที่กลางสำหรับปลูกผักร่วมกับกลุ่มเกษตร ปลอดภัย

3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาระบบการสื่อสารการจัดการอาหาร และโภชนาการในชุมชน เช่น การจัดทำสื่อเพื่อให้ความรู้เรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก การให้ความรู้เรื่อง โภชนาการผ่านไวนิล แผ่นพับ การประกวดนวัตกรรมการจัดเมนูอาหารกลางวันสุขภาพสำหรับเด็กโดยเพิ่มผัก และผลไม้ โดยใช้วัตถุดิบท้องถิ่น การเข้าถึงอาหารและการบริโภคผักผลไม้ที่ปลอดภัย

4) การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม มีการจัดทำตารางการเตรียมเยี่ยมประเมินพัฒนาการและภาวะโภชนาการ ของเด็กปฐมวัยเป็นประจำ และมีการสร้างเครือข่ายและประสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบล ปทุม รพ.สต. ครูประจำศูนย์เด็กเล็ก ผู้นำชุมชน และตัวแทนภาคประชาชนให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน กิจกรรมต่าง ๆ ในการบริหารจัดการระบบอาหารและโภชนาการร่วมกันโดยมีการนัดประชุมกลุ่ม เพื่อสรุปผล เดือนละ 1 ครั้ง

5) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การผลักดันนโยบายการจัดการด้านอาหารและ โภชนาการชุมชน เข้าบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลตำบลปทุม โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม เพื่อจัดทำแผนงานโครงการอย่างเป็นรูปธรรม และนำเสนอสภาเทศบาล หรือ หน่วยงานต้นสังกัด มีการประเมินผลโดยติดตามกลุ่มแกนนำในการดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาร่วมกัน ในระยะ 3 เดือนแรก และทุกเดือนในระยะ 4 เดือนถึง 1 ปี และประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มเป้าหมาย หลังดำเนินการตามรูปแบบครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และสรุปเป็นความเรียงตามประเด็น อ่านเอกสารแล้วทำ

Code และจับประเด็นสำคัญของ Code นั้น ๆ เพื่อสร้างกลุ่มย่อย (Category) และสร้างคำอธิบายของ Category นั้น ๆ ระบุ Category ให้เชื่อมโยงกับ Theme (Major category)

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลปทุม อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 การค้นหา (Look) เตรียมความพร้อม สสำรวจและวิเคราะห์ สถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการในชุมชนและวิเคราะห์ศักยภาพของท้องถิ่น เก็บข้อมูลจากผู้บริหารของเทศบาลตำบลปทุม กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและดงห้องแห่ ผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านปากห้วยวังนอง ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลปทุม ตัวแทนภาคประชาชนได้แก่ประธานอสม.และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม จำนวนทั้งสิ้น 13 คน เป็นเพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 38.46 เพศหญิง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 61.54 ระยะที่ 2 ระยะวางแผนปฏิบัติการ (Think) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ระยะปฏิบัติการ (Act) การนำรูปแบบไปใช้แก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญโดยการวางแผนปฏิบัติ และประเมินผล เป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 80.70 และเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 19.30 ผลการวิจัยพบว่า

ระยะที่ 1 การค้นหา (Look) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็ก ภาวะโภชนาการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนวัยเรียน ตำบลปทุม และโรงเรียนประถมศึกษาบ้านปากห้วยวังนองชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 220 คน พบว่ามีเด็กน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 10.45 น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 4.54 น้ำหนักและส่วนสูงเป็นตามเกณฑ์ จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 85.00 ศักยภาพและความพร้อมในการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย สำหรับการบริหารจัดการเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่าหน่วยงานหรือบุคคลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเอื้อสนับสนุน ดังนี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเทศบาลตำบลปทุมดำเนินงานด้านโภชนาการอยู่ภายใต้การดูแลของกองการศึกษา ที่ยังไม่มีนักโภชนาการหรือพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลจึงมาจากการรายงานของครูแล้วส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาลมีแผนยุทธศาสตร์ด้านต่าง ๆ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์เรื่องภาวะโภชนาการโดยเฉพาะ แต่จะเป็นการสนับสนุนงบประมาณค่าอาหารกลางวันของโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 21 บาทต่อคน มีโครงการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมโดยส่งเสริมการปลูกพืชสวนครัว

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและดงห้องแห่ มีการขับเคลื่อนด้านโภชนาการที่ชัดเจน โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมได้ขับเคลื่อนการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็กก่อนวัยเรียนโดยใช้เครือข่ายภาคประชาชนคือ อสม. จิตอาสาแม่บุญธรรมช่วยในการดูแลในรูปแบบของคณะกรรมการดูแลเด็กและครอบครัว (Child and Family Care Team) จนส่งผลทำให้ปัญหาหญิงหลังคลอดที่มีบุตรน้ำหนักน้อยลดลง

3. ผู้นำที่ไม่เป็นทางการได้แก่ เจ้าอาวาสวัด ได้สร้างพื้นที่ความมั่นคงทางด้านอาหาร ซึ่งเกิดจากการบริหารจัดการภัยพิบัติน้ำท่วมโดยสนับสนุนให้มีการปลูกผัก ทำให้มีผักรับประทานได้ตลอดปี เกิดการพัฒนาการขับเคลื่อนภาวะโภชนาการในชุมชนอย่างครบวงจร

4. โรงเรียนประถมศึกษา มีการแต่งตั้งครูรับผิดชอบดูแลภาวะโภชนาการ โดยรับผิดชอบ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง รวบรวมข้อมูลและสรุปผลรายปี ใช้โปรแกรม Thai school lunch ในการจัดอาหาร กลางวันให้ได้มาตรฐาน และ นำข้อมูลส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามไตรมาส มีนโยบาย และการบริหารจัดการอาหารกลางวันครบ 5 หมู่ ครูประจำชั้นเป็นผู้ร่วมกำหนดอาหาร มีการเฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนทุกเดือน การปรุงอาหารมีแม่ครัวท้องถิ่นที่เน้นอาหารปลอดภัย มีการจัดอบรม ให้แก่คุณครูและแม่ครัวโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนา พฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ มีศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียงในโรงเรียน เพื่อให้เด็กเรียนรู้ เรื่องการปลูกผักและการปรุงอาหารมีการเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการและความปลอดภัยอาหาร โดยอาศัย ช่องทางสื่อสารต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น จัดบอร์ดให้ความรู้เรื่องอาหาร สอดแทรกภาวะโภชนาการกับ หน่วยการเรียนรู้ เช่น กิจกรรมการจัดทำขนมไทย หรือนิทาน เป็นต้น

5. ภาคประชาชน มีภาคีเครือข่ายกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตอาหาร มีการประสานงาน ที่เข้มแข็งระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน “บวร” วัดเป็นผู้ให้พื้นที่กลางในการเพาะปลูกเกิดความมั่นคงทางอาหาร ทำให้ชุมชนได้มีการเข้าถึงผักได้มากขึ้นและได้กระจายไปถึงศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ โดยแม่ครัวได้นำผัก ที่ได้จากพื้นที่มาปรุงเป็นอาหารกลางวันให้เด็กนักเรียนรับประทาน ภายในชุมชน มีการส่งเสริมการปลูกผัก สวนครัวในชุมชน “ผักสวนครัวน้อยร้อยวิถีชุมชน” สามารถแลกเปลี่ยนกันภายในชุมชน ลดรายจ่าย ของครัวเรือน แต่พบปัญหาอุปสรรคคือ การประสานเชื่อมโยงข้อมูลและงบประมาณระหว่างส่วนราชการ กับส่วนท้องถิ่น การกระจายเมล็ดพันธุ์ผักให้ครัวเรือนยังไม่ทั่วถึง

ระยะที่ 2 ระยะวางแผนปฏิบัติการ (Think) ได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการคืนข้อมูลให้กับกลุ่มต่าง ๆ และได้จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำทั้ง 4 กลุ่มเพื่อวิเคราะห์กำหนด ปัญหา หาสาเหตุ ผลกระทบ พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมกันวางแผนกิจกรรม จัดทำแผนการบริหารจัดการอาหารและโภชนาการตำบลปทุม วางแผนการแก้ไขปัญหา ปัญหาที่พบมีดังนี้ 1) ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย งบประมาณสนับสนุนอาหารกลางวันและอุปกรณ์การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ยังไม่เพียงพอ 2) พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม 3) การเชื่อมโยงข้อมูลภายในตำบล 4) การส่งเสริม การรวมกลุ่มการปลูกผักสวนครัวในชุมชน และการสนับสนุนงบประมาณไม่ต่อเนื่อง 5) ขาดผู้รับผิดชอบ หลักเช่น นักจัดการโภชนาการของตำบล 6) กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเดิมขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากบุคคลที่ปฏิบัติงาน ได้รับค่าตอบแทนน้อยและขาดงบประมาณในการจ้างเหมา 7) ขาดการจัดการระบบเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิต และผู้บริโภค จากการประเมินสมรรถนะความพร้อม พบว่ามีความต้องการการพัฒนาสมรรถนะตามลำดับดังนี้ การส่งเสริม/ ให้คำปรึกษาภาวะโภชนาการ การจัดอาหารตามคุณค่าพลังงาน การประเมินภาวะโภชนาการ การจัดการชุมชนด้านอาหาร/ โภชนาการ การคิดเชิงระบบในการปฏิบัติงานและกฎหมายด้านอาหาร

ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลปทุม อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

1. รูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย มีองค์ประกอบดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายและความต้องการของชุมชน 2) ทูทางสังคมด้านอาหาร 3) เครือข่ายการดำเนินงาน ประกอบด้วย องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แกนนำหมู่บ้านและอสม. 4) กระบวนการเชื่อมต่อเครือข่าย 5) เครื่องมือที่ใช้ในการขับเคลื่อน คือ แผนพัฒนา ตำบลด้านอาหารและโภชนาการเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมทำ และร่วมประเมินผล 6) กิจกรรมพัฒนาเครือข่าย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การพัฒนาศักยภาพครู ในการใช้สื่อ การส่งเสริมการปลูกผักอินทรีย์ โรงเรียน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพครูในการเฝ้าระวัง

ภาวะโภชนาการ พัฒนาศักยภาพแม่ครัว ส่งเสริมการปลูกผักอินทรีย์และการดำเนินโครงการอาหารกลางวัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องสนับสนุนความรู้และการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ส่วนแกนนำหมู่บ้าน และ อสม. ต้องมีการรวมกลุ่มปลูกผักอินทรีย์เพื่อสร้างระบบห่วงโซ่ผักและผลไม้ ปลอดภัย และร่วมเฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการ จึงเกิดผลลัพธ์ ตำบลต้นแบบการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชน

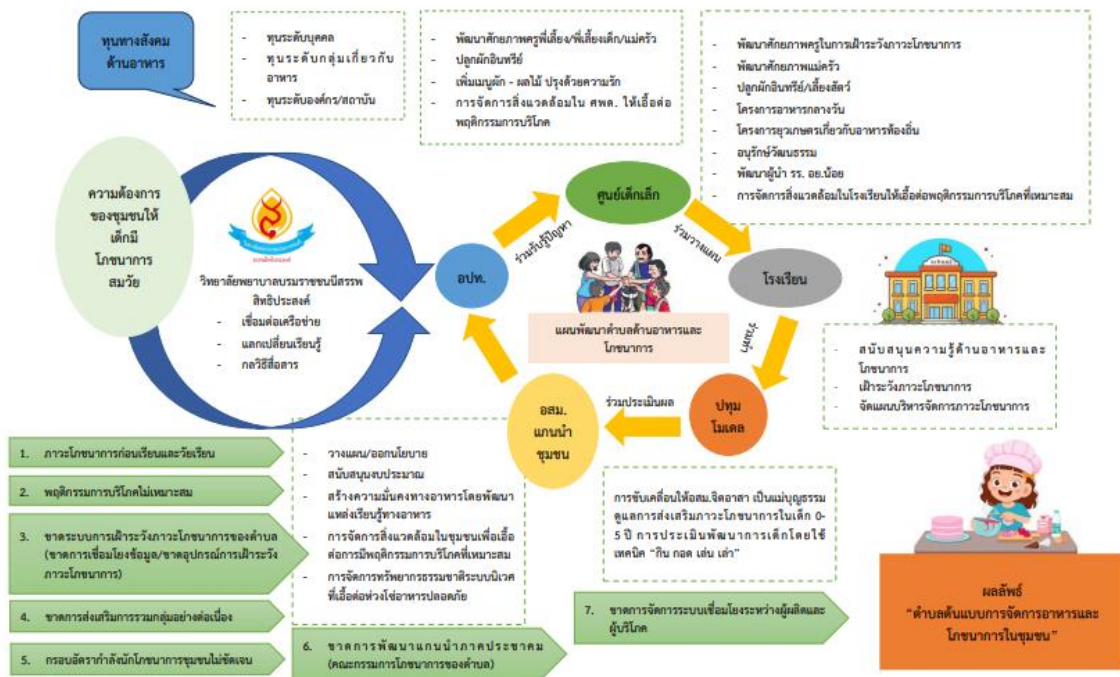
2. ชุดความรู้การพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นเพื่อใช้เป็นคู่มือการดำเนินงานและผลักดัน ไปยังหน่วยงานที่ช่วยขยายผลการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการของตำบล ผู้วิจัยได้ร่วมออกแบบกับ ภาศิเครือข่ายชุมชน สร้างชุดความรู้เพื่อนำมาใช้แก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในเด็กในชุมชน โดยได้ผลิตสื่อ กลอนรำส่งเสริมการกินผักโดยใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นคือหมอลำ เพื่อนำมาใช้ให้ความรู้ในกลุ่มผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังให้คุณครูนำเมนูอาหาร บูรณาการสอดแทรก ในรายวิชาต่าง ๆ เช่น วิชาศิลปะ ให้นำภาพมาให้เกิดกระบายสี สนุกกับผักหลากสี มีประโยชน์ที่นักเรียน ควรรับประทานวิชาภาษาอังกฤษ นำผัก ผลไม้ต่างๆ มาให้นักเรียนได้มาจดจำคำศัพท์ เป็นต้น

3. ผลการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในตำบล มีการจัดสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้งในโรงเรียนและในชุมชน ดังนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เอื้อต่อการกินผักและผลไม้ มีกิจกรรมที่ ส่งเสริมให้เด็กมีทักษะ ในการกินผักและรักสิ่งแวดล้อม มีการจัดบอร์ดนิทรรศการรูปภาพผัก ผลไม้ มีการจัด บอร์ดโภชนาการ โรงเรียนได้จัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน จัดให้มีแปลงผัก สวนครัว จัดศูนย์ การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง มีโครงการพัฒนาอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการ กินผักผลไม้ จัดปายนิทรรศการให้ความรู้การกินผักผลไม้ ภายในบริเวณโรงเรียนเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่ ด้านการบูรณาการเรียนการสอนให้เชื่อมโยงกับตารางการเรียนรู้และหน่วยการเรียนรู้จัดประสบการณ์ โดยให้นักเรียนได้ลงมือปฏิบัติ เช่น การทำอาหาร และการปลูกพืชผักสวนครัว มีการประสานงานที่เข้มแข็ง ระหว่างบ้าน วัด โรงเรียน “บวร” วัดเป็นผู้ให้พื้นที่กลางในการเพาะปลูก ทำให้ชุมชนมีการเข้าถึงผักได้มากขึ้น และกระจายไปศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน ภายในชุมชนมีการส่งเสริมการปลูกผักในชุมชน “ผักสวนครัวน้อยร้อยวิถี ชุมชน” เพื่อให้ชุมชนมีผักสวนครัวในการบริโภค และสามารถแลกเปลี่ยนกันภายในชุมชน ลดรายจ่าย ของครัวเรือน มีผักไว้ประกอบอาหารทั้งปีการสร้างความตื่นตัวด้วยการประชาสัมพันธ์เป้าหมาย และผลงานด้วยสื่อต่าง ๆ ที่มีความหลากหลายและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

4. ผลการพัฒนาเครือข่ายที่มีศักยภาพในการพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริม โภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย พบว่ามีทุนทางสังคมในด้านอาหารและโภชนาการที่เข้มแข็ง เช่น ทรัพยากรธรรมชาติและแหล่งน้ำที่อุดมสมบูรณ์ ทุนทางมนุษย์ เช่นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีผู้นำให้ ความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ มีการสนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันโรงเรียนในสังกัด โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีแผนงานโครงการที่พัฒนาในด้านอาหารและโภชนาการ จัดให้มี อสม.จิตอาสา แม่บุญธรรมติดตามภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด เด็กอายุ 0-5 ปี ทำให้มีการติดตาม ภาวะโภชนาการในกลุ่มดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เกิดภาวะโภชนาการที่ดีในกลุ่มเด็ก อายุ 0-5 ปีและเด็กวัยเรียน

5. ผลการจัดทำแผนการขับเคลื่อนด้านอาหารและโภชนาการชุมชนเพื่อเตรียมใช้เป็นส่วนหนึ่ง ของแผนพัฒนาตำบล/เทศบาลและใช้ผลักดันขยายผลไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายหลักในการจัดทำ แผนการขับเคลื่อนด้านอาหารและโภชนาการชุมชนคือตำบลต้นแบบการจัดการอาหารที่ส่งเสริมโภชนาการ อาหารสมวัยในเด็กเล็กและเด็กปฐมวัย โดยมีผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ 1) เด็กเล็กและเด็กปฐมวัย มีโภชนาการ สมวัย 2) มีเครือข่ายการทำงานเฝ้าระวัง ระบบการติดตามโดยภาศิเครือข่ายชุมชนของตำบลปทุม (ใช้ระบบ

ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน) 3) มีแผนงาน โครงการการจัดการด้านโภชนาการอาหาร ในชุมชนตำบลปทุม มีกิจกรรม ดังนี้ อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการจัดการปัญหาโภชนาการ ประชุมสรุป การทำงานและฝึกทักษะการพัฒนางานที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดหาและ จัดซื้อ ชุดเยี่ยมบ้าน เครื่องชั่งน้ำหนัก และส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กในสถานศึกษา โรงเรียนและศูนย์พัฒนา เด็กเล็กเทศบาลตำบล ดังแผนภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารจัดการระบบอาหารและโภชนาการ เพื่อส่งเสริมโภชนาการชุมชนตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อส่งเสริมโภชนาการสำหรับเด็กปฐมวัย ตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนา ทักษะส่วนบุคคล มีการอบรมแกนนำการจัดการอาหารและโภชนาการในชุมชนทั้งภาครัฐและภาคประชาชน โดยมีการพัฒนาอสม.ที่มีจิตอาสาซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่เรียกว่า “อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม” ทำหน้าที่ส่งเสริม สุขภาพและติดตามภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ในรูปแบบปทุมโมเดล ในการส่งเสริมสุขภาพ มีสื่อการใช้วัฒนธรรมท้องถิ่นคือใช้หมอลำกลอนลำส่งเสริมการกินผัก เพื่อนำมา ให้ความรู้ไปสู่กลุ่มผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำชุมชน 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ พบว่าโรงเรียนประถมศึกษาและศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน เป็นแหล่งเรียนรู้ทั้งด้านโภชนาการ มีศูนย์เศรษฐกิจ พอเพียงเพื่อให้เด็กเรียนรู้เรื่องการปลูกผักและการปรุงอาหาร 3) การเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งพบว่า ภาคีเครือข่ายกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผลิตอาหาร ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน “บวร” วัดเป็นผู้ให้พื้นที่กลาง ในการเพาะปลูก เพื่อเป็นการสร้างความมั่นคงทางอาหาร ทำให้ชุมชนมีการเข้าถึงผักได้มากขึ้นและได้กระจาย ไปถึงศูนย์เด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่ โดยแม่ครัวได้นำผักที่ได้จากพื้นที่มาปรุงเป็นอาหารกลางวันให้เด็กนักเรียน รับประทาน การขับเคลื่อนการส่งเสริมภาวะโภชนาการในชุมชน “ผักสวนครัวน้อยร้อยวิถีชุมชน” มีการส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวเพื่อให้ครัวเรือนมีผักในการบริโภคได้ทั้งปี สามารถแลกเปลี่ยนกันภายใน

ชุมชน ลดรายจ่ายของครัวเรือน 4) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เป็นเขตปลอดน้ำอัดลมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลักดันนโยบายการจัดการด้านอาหารและโภชนาการชุมชนเข้าบรรจุในแผนพัฒนาท้องถิ่นของเทศบาลตำบล 4 ปี 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม.จิตอาสาแม่บุญธรรม มีการจัดการเตรียมเยี่ยมประเมินพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนเป็นประจำ และมีการสร้างเครือข่ายทางสังคม โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูประจำศูนย์เด็กเล็ก ผู้นำชุมชน และตัวแทนประชากรทุกเพศ ทุกวัย ให้มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ในการบริหารจัดการระบบอาหารและโภชนาการร่วมกัน เป็นกลวิธีที่สอดคล้องกับ กลวิธีสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter)⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ชูกำเนิด, อธิภา อมรปิยภากร, พัทรี รัตนพงษ์, อรอนงค์ รองสวัสดิ์, อับดุลฮามัด โส๊ะหน่าย¹⁰ ศึกษาเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ โดยแบ่งออกเป็น 5 กิจกรรมตามวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้สถานการณ์และการตระหนักต่อปัญหาภาวะโภชนาการในชุมชน 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมโภชนาการ 3) การสร้างกระแส การรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว 4) การสร้างแกนนำด้านอาหารของแม่ และ 5) ผลักดันประเด็นอาหารของแม่สู่แผนพัฒนาท้องถิ่น นับเป็นแนวทางสำคัญในการบริหารจัดการด้านโภชนาการและสุขภาพที่ยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดสรรงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพแกนนำทุกระดับ อย่างต่อเนื่อง
2. เทศบาลควรมีการสนับสนุนและเชื่อมโยงเกษตรอินทรีย์ กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียนให้ปรุงอาหารผัก/ผลไม้ปลอดสารพิษ
3. มีระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเชื่อมต่อของเครือข่ายต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การเชื่อมโยงกับศาสนา ในเรื่องการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย ให้วัดเป็นแหล่งเรียนรู้และสนับสนุนสถานที่ ในการปลูกพืชผักเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รัฐบาลจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เร่งขับเคลื่อนประเทศไทย สู่เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://sdgs.nesdc.go.th/รัฐบาลจัดประชุมคณะกรรมการ/>
2. ธราดล เปี่ยมพงศ์สานต์, วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ, เสกสิริ นิวัติชัยวงศ์. นโยบายการดูแลเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันออกแบบอนาคตประเทศไทย; 2560.
สำนักงานสถิติแห่งชาติและองค์การยูนิเซฟ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
3. อรยา จันทริกานนท์ และณัฐชา วัฒนประภา. การศึกษาการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติของนักศึกษาด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 2 วันที่ 19 มกราคม 2562 ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2562.

4. ทศนีย์ อรรถารส และเต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;36:15-26.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ.2565. สถิติภาวะโภชนาการนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ubn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source>
6. Ampansirirat A, & Suwanraj M. Promotion of family and community nutrition using the mother's food guideline. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla; 2016.
7. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, เกษศิริพันธ์ ภูเพชร, วิกานดา หมัดอะดัม, ยุวนิดา อารามรมย์, วรินทร์ลดา จันทวีเมือง, สิริภัทร โสติยาภัยการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการ โดยใช้แนวทางอาหารของแม่ในเขตพื้นที่ตำบลควนรู อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2563;10:161-71.
8. Stringer ET. Action research 3rd ed. Los Angeles: Sage; 2007.
9. Crane P, & O'Regan M. On PAR using participatory action research to improve early intervention. Australia: Commonwealth of Australia; 2012.
10. ศิริวรรณ ชูกำเนิด, อติภา อมรปิยภากร, พัชรี รัตนพงษ์, อรอนงค์ รองสวัสดิ์, อับดุลฮาหมัด โส๊ะหน่าย. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการโดยใช้แนวทางอาหารของแม่ ในชุมชนตำบลนาทวินอก จังหวัดสงขลา. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2565; 36:97-113

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย

ณรรจพร สิงห์สวัสดิ์ พย.บ.¹, นัยนา ภูม ปร.ค.^{2*},
กฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง พย.ม², กิ่งทิพย์ ผาสุขถ้อย พย.ม²

บทคัดย่อ

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าพบได้บ่อยในเด็กปฐมวัย ส่งผลต่อพัฒนาการเรียนรู้ พฤติกรรม และความฉลาดทางสติปัญญา การส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กส่วนใหญ่ได้รับการส่งเสริมในชั้นเรียน แต่ขาดความต่อเนื่องที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 4-5 ปี ที่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้าจากการคัดกรองโดยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) จำนวน 20 คน และผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ทำครั้งละ 20 นาทีที่บ้าน ภายในเวลา 1 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินพัฒนาการ DSPM 2) โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 4) แบบทดสอบการส่งเสริมความรู้พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของผู้ปกครอง และ 5) แบบทดสอบทัศนคติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้วยสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครอง และพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย สูงวก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่าผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สามารถเพิ่มความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองและส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัยได้

คำสำคัญ: พัฒนาการ กล้ามเนื้อมัดเล็ก เด็กปฐมวัย การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author: Email: Naiyana@bcns.ac.th

วันที่รับ (received) 9 ก.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 24 ธ.ค. 2566

The Effects of Parental involvement Programs on Promoting Knowledge, Parental Attitudes, and the Fine Motor Development in Preschool Children

Nutjaporn Singsawat N.S.¹, Naiyana Pulom Ph.D.^{2*},
Krisdaporn Lopbumrung M.M.S², Kingtip Phasooktoy M.M.S²

Abstract

Delayed development in fine motor skills is often observed in preschool children, affecting their learning, behavior, and intellectual abilities. While fine motor skills are typically promoted in classrooms, continuity at home is often lacking. This quasi-experimental study aimed to compare the knowledge, attitudes of parents, and the fine motor skills development of preschool children before and after participating in a program. The sample group consisted of 20 children aged 4-5 years, identified with suspected delayed fine motor skills development through assessment of the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Parental consent was obtained for participation. The program comprised five activities, each lasting 20 minutes, conducted at home within one month. The research tools included: 1) DSPM developmental assessment, 2) a program involving parental participation in promoting child development, 3) a general information questionnaire, 4) a test on parental knowledge of fine motor skills development, and 5) an attitude test on parental promotion of fine motor skills development. Data analysis included a paired t-test to compare knowledge scores, parental attitudes, and fine motor skills development before and after the program. The results revealed statistically significant increases in average knowledge scores, parental attitudes, and fine motor skills development after the program ($p < .05$). In conclusion, the program involving parental participation effectively increased knowledge and attitudes among parents and promoted fine motor skills development in preschool children.

Keywords: development, fine motor, preschool age, parental involvement

¹ Professional nurse, Saraburi Hospital

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Email: Naiyana@bcns.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงปฐมวัยเป็นโอกาสทองของการเจริญเติบโตในทุกๆ ด้านรวมถึงการมีพัฒนาการที่สมวัยที่จะส่งผลต่อทั้งทางสุขภาพและความสามารถในการเรียนรู้ของเด็กในอนาคต เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับประสาทรับสัมผัส (Sensory pathway) ทั้งการมองเห็นและได้ยินที่จะส่งต่อไปยังทักษะด้านภาษาและการพัฒนาทักษะการคิด¹ พัฒนาการของเด็ก แบ่งได้หลายแบบ โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 4 ด้านใหญ่ ๆ คือ 1) พัฒนาการด้านร่างกาย (Physical development) ซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor development) และ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor development) 2) พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive Development) ซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก (Fine motor development) และ พัฒนาการด้านภาษา (Language development) 3) พัฒนาการด้านอารมณ์ (Emotional development) 4) พัฒนาการด้านสังคม (Social development) ซึ่งประกอบด้วย พัฒนาการด้านสังคม (Social development) และ พัฒนาการด้านคุณธรรม (Moral development) พัฒนาการแต่ละด้านมีความสำคัญแตกต่างกันและมีการเชื่อมโยงประสานกันไป อย่างไรก็ตามพัฒนาการที่สำคัญ ที่มีผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพการเรียนรู้และพฤติกรรมของเด็กคือกล้ามเนื้อเล็ก² ซึ่งเป็นพัฒนาการทางกายที่สำคัญ กิจกรรมในการพัฒนากล้ามเนื้อเล็กเป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กสามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและตาอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก³

การพัฒนากล้ามเนื้อเล็กเป็นเรื่องสำคัญของการพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างไรก็ตามกลับพบว่าเด็กไทยวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 25.92 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า¹ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญาที่สงสัยล่าช้ากว่าครึ่ง ซึ่งเป็นผลจากการการเลี้ยงดูและกิจกรรมทางกายของเด็ก นอกจากนี้ปัจจัยพื้นฐานที่เอื้อต่อการดูแลเด็กเล็กให้มีพัฒนาการที่ดียังไม่เพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จำนวน 1 ใน 4 ของเด็กทุกช่วงวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า โดยพัฒนาการด้านที่ล่าช้าที่พบมากในเด็กปฐมวัยที่พบในช่วงเริ่มเรียนรู้ในโรงเรียน 4 - 5 ปี คือ พัฒนาการด้านภาษาและการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสติปัญญา⁴ เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่ได้หมายความว่าเด็กมีความบกพร่องเสมอไป แต่อาจเป็นเพราะเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมจากสภาพแวดล้อมการเลี้ยงดู เมื่อได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ ด้วยเหตุนี้ การคัดกรองพัฒนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเด็กแรกเกิดถึง 6 ปี ได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการคัดกรองพัฒนาการเด็กจากหน่วยบริการตั้งแต่ปฐมภูมิ โดยใช้คู่มือ DSPM เฝ้าระวังโดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง มีการคัดกรองโดยบุคลากรทางการแพทย์/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสม⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนากล้ามเนื้อเล็กโดยส่วนใหญ่ เด็กได้รับการส่งเสริมโดยกิจกรรมที่ครูจัดให้ในชั้นเรียน แต่ขาดความต่อเนื่องในการส่งเสริมที่บ้าน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความรู้อยู่ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก การส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงต่อเนื่องความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญ และปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กในเด็ก แต่ก็ยังขาดการทบทวนและนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดผลลัพธ์ที่จะส่งผลต่อการพัฒนาการเด็กที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วม (Parent involvement) อย่างเป็นรูปธรรม⁶⁻⁸

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (Parental involvement) เป็นแนวคิดและหลักการที่ถูกนำมาใช้ในหลากหลายสาขา ทั้งด้านการศึกษา การแพทย์พยาบาล รวมถึงด้านจิตวิทยาและอื่น ๆ จากผลของงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า มีความสัมพันธ์ชัดเจนของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็ก รวมถึง ผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เป็นต้นว่าการส่งเสริมสุขภาพ การปรับพฤติกรรมของเด็ก

เป็นต้น เป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้น นับได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเป็นกลไกสำคัญต่อการพัฒนาเด็กในทุกด้าน ซึ่งแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองประกอบด้วย 4 เรื่องสำคัญได้แก่ 1) ความปรารถนาดีของผู้ปกครอง 2) การสื่อสารระหว่างกัน 3) โครงสร้างครอบครัวและ 4) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม⁹⁻¹¹ สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองถือเป็นหัวใจพื้นฐานสำคัญต่อการพัฒนาเด็กทั้งในสุขภาพและการเรียน

นอกจากนี้ ความรู้ (Knowledge) ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการเด็ก เป็นโอกาสในการแสวงหาความรู้และการจัดประสบการณ์การดูแลที่ส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็ก ที่จะเอื้อต่อการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพัฒนาการและจะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก¹²⁻¹³ อย่างไรก็ตาม โอกาสในการเข้าถึงความรู้เฉพาะทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เช่น ในเรื่องการพัฒนาเด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าหรือสงสัยล่าช้า ถือเป็นความจำเป็นที่ต้องจัดกระทำ แม้แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กจะมีระบุเป็นแนวทางในการส่งเสริมเด็กในคู่มือการเฝ้าระวังในการส่งเสริมพัฒนาการ DSPM ยังพบว่าผู้ปกครองยังมีความรู้ความเข้าใจในการใช้น้อย¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ (Attitude) ของผู้เลี้ยงดูมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติของผู้เลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาเด็ก ผู้ปกครองมีกิจกรรมในเชิงบวกต่อการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการ¹² จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า กิจกรรมฝึก ทิด ปะ เศษวัสดุ กิจกรรมตัดกระดาษตามรอยเส้น กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ การระบายสี กิจกรรมร้อยลูกปัด กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ การปั้นแป้งโดว์ การใช้กระดาษ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมในแต่ละวันเป็นเวลา 20 นาที ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์จะช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการได้ดียิ่งขึ้น¹⁵⁻¹⁶ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีผู้ปกครองพาเด็กมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในครั้งแรก เจ้าหน้าที่จะแนะนำผู้เลี้ยงดูให้กลับไปฝึกทักษะพัฒนาตามวัยเป็นเวลา 1 เดือน แล้วกลับมาพบเจ้าหน้าที่อีกครั้ง ก่อนพิจารณาถึงความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็กที่ดีขึ้น หรืออาจพบปัญหาที่ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการตรวจเพิ่มเติมต่อไป

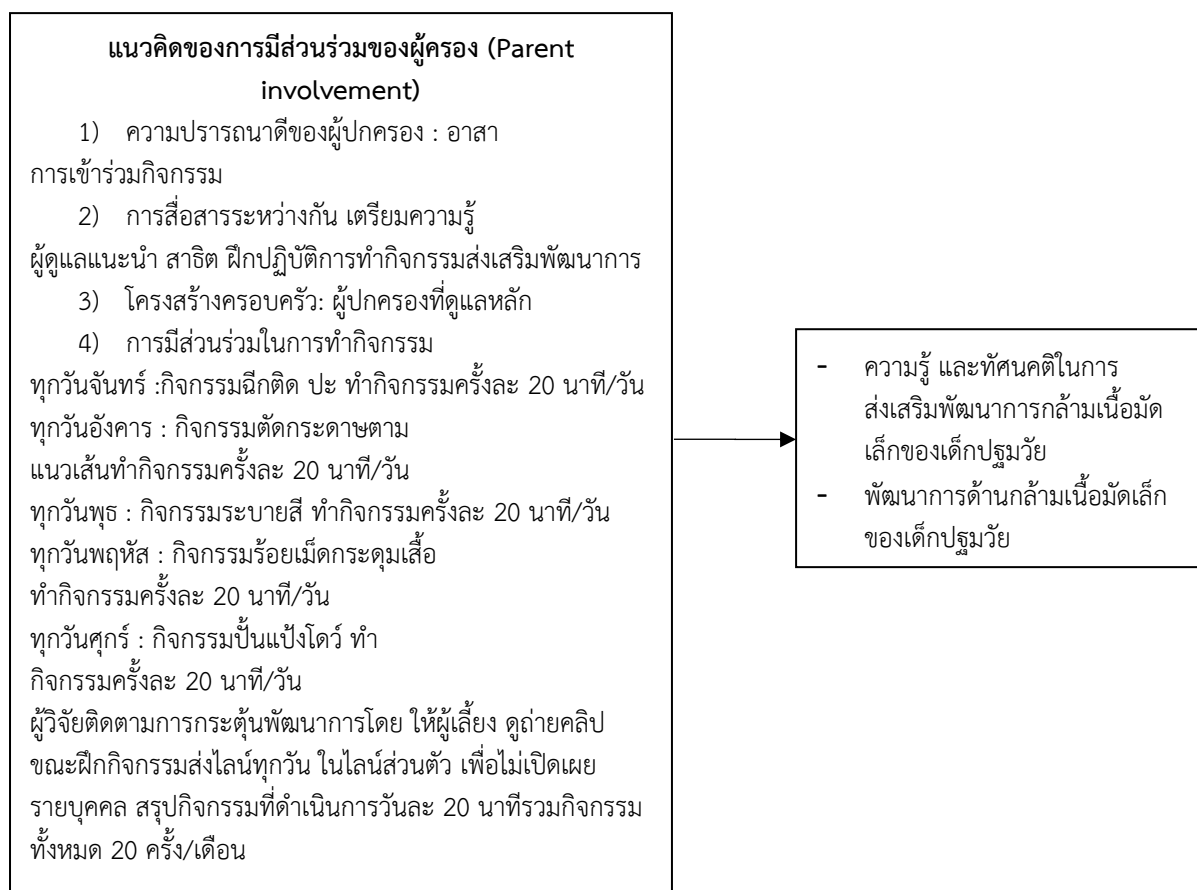
จากการทบทวนวรรณกรรมและพบความสำคัญและปัญหาพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าและกระบวนการในการส่งเสริมพัฒนาการ ดังกล่าว ในบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กที่จะส่งผลต่อสุขภาพในด้านอื่นๆต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการต่อความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย ซึ่งงานวิจัยจะเป็นประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมในการส่งเสริมเด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า/สงสัยล่าช้าและเพื่อเป็นแนวทางให้ครูและผู้เกี่ยวข้องได้นำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการจัดประสบการณ์ โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กให้สมวัย ซึ่งจะเป็นพื้นฐานการมีพัฒนาการที่ดีด้านอื่นๆเชื่อมโยงอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของผู้ครอง (Parent involvement) ได้แก่ 1) ความปรารถนาดีของผู้ปกครอง 2) การสื่อสารระหว่างกัน 3) โครงสร้างครอบครัวและ 4) การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม โดยการสร้างความรู้ และให้แนวทางในการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมกับบุตร กิจกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้า/สงสัยล่าช้าใช้แนวคิดจากที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์หลายกิจกรรมที่มีผลลัพธ์ที่ดีต่อการสร้างเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กให้ดีขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมกิจกรรมฝึก ทัด ปะเศษวัสดุ กิจกรรมตัดกระดาษตามรอยเส้น กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ การระบายสี กิจกรรมร้อยลูกปัด กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ การปั้นแป้งโดว์⁶⁻⁸



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กชาย - หญิง อายุระหว่าง 4-5 ปี ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลปีที่ 2 ภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ที่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้าคัดกรองโดยแบบประเมิน DSPPM โรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งใน จังหวัดสระบุรีและผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากเด็กที่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กสงสัยล่าช้า คัดกรองโดยแบบประเมิน DSPPM จำนวน 20 คน และผู้ปกครอง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก การใช้โปรแกรม G*power ที่กำหนดการทดสอบ T-test กำหนด Effect size 0.80 α Error Probability 0.05 และ β Error Probability 0.80 ได้ผลการคำนวณได้ค่าอำนาจการทดสอบตามความเป็นจริง (Actual Power of Analysis) = 0.82¹⁶ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 15 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 20 คน

เกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเด็ก เป็น เด็กที่มีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กล่าช้า/สงสัยล่าช้า ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลทำการคัดกรองเด็กจากการประเมินพัฒนาการDSPMและ ผู้ปกครองยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครอง เป็นผู้ดูแลหลักและอยู่กับเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป สามารถจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 20 นาที มีโทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้สัญญาณ Internetและสามารถใช้โปรแกรมไลน์ในการสื่อสาร ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เกิดจากสาเหตุการเจ็บป่วยและอื่นๆ เช่น มีความพิการทางการได้ยิน การมองเห็น สมาธิสั้น หรือ ความพิการด้านสติปัญญา และมีความล่าช้าในพัฒนาการด้านอื่นๆร่วมด้วย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ขออนุมัติจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รพ.สระบุรี (EC-018/2566) ผู้วิจัย คำนึงถึงอาสาสมัครด้านร่างกายและจิตใจทั้งด้านเด็กและผู้เลี้ยงดู เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้ผู้ปกครองตัดสินใจ อย่างอิสระ ขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ขอด้วย เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร การรายงานข้อมูลเป็นการรายงานในภาพรวม และใช้ CODE หรือรหัสแทนชื่อ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินพัฒนาการ DSPM ประกอบด้วย 1) ประกอบขึ้นส่วนของรูปภาพที่ตัดออกเป็น ส่วน ๆ 8 ชิ้นได้ 2) จับดินสอได้ถูกต้อง 3) ลอกรูป  และ 4) วาดรูปคนได้ 6 ส่วน⁵

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก และ อายุและเพศของเด็ก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ทำครั้งละ 20 นาทีที่บ้าน 20 ครั้งใน 1 เดือน คัดกิจกรรมจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และผ่านการทดสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 3คน เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

4. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อเล็กมากแบบวัดทัศนคติของผู้ปกครอง

5. แบบทดสอบทัศนคติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ค่าคะแนน 1-5 ระดับความคิดเห็นจากไม่เห็นด้วยมากที่สุด- เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนมาก- น้อย หมายถึงทัศนคติในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กดีมาก- น้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาโดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และแบบวัดทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 2 ท่านและอาจารย์สอนระดับปฐมวัยจำนวน 1 ท่านที่มีความรู้และประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่า CVI = 0.85

2. การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ไปใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 รายทดสอบหาความเที่ยงเครื่องมือโดยใช้ KR20 = .78 และแบบวัดทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) = .89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงร่างวิจัยและขออนุมัติจริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี (EC-018/2566) ผู้วิจัย ขออนุมัติดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยเมื่อได้รับอนุญาตจากหัวหน้าสถานศึกษา ผู้วิจัยขออนุญาตไปพบครูประจำห้องเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประสานงานเพื่อติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้ปกครองโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการดำเนินการในกระบวนการวิจัยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นอิสระที่จะยินยอมหรือไม่ยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยได้อย่างอิสระไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อเด็ก

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล สัปดาห์ที่ 1 หลังจากได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างชี้แจงทบทวนวัตถุประสงค์อีกครั้ง และนัดหมายกับครูประจำห้องเรียนเพื่อประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็ก อายุ 4-5 ปี ด้วยเครื่องมือประเมิน DSPM โดยทำการคัดกรองจากการประเมินเด็กในแต่ละห้องเรียน ทำการประเมินเด็กทุกคน โดยนัดหมายในการประเมินกับครูและเด็กวันละ 10 คน แต่ละคนใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที หลังจากประเมินเสร็จ รวบรวมรายชื่อเด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการล่าช้า/สงสัยล่าช้า และสุ่มตัวอย่างจากเด็กทั้งหมด จำนวน 20 คน และนัดหมายผู้ดูแลหลักเพื่อประเมินความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลก่อนเข้าโปรแกรมและ วางแผนการทำกิจกรรมร่วมกัน และ ผู้ปกครองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และผู้วิจัยติดตามการกระตุ้นพัฒนาการโดยให้ผู้ปกครองถ่ายคลิปขณะฝึกกิจกรรมส่งไลน์ทุกวัน ในไลน์ส่วนตัว เพื่อไม่เปิดเผยรายบุคคล สรุปกิจกรรมที่ดำเนินการวันละ 20 นาทีรวมกิจกรรมทั้งหมด 20 ครั้งใน 1 เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระยะเวลาการดำเนินการ และกิจกรรมของโปรแกรม

ครั้งที่	วัน	ระยะเวลา	กิจกรรม	เครื่องมือ
1	ทุกวันจันทร์	20 นาที/วัน	ฝึก ทิด ปะ	รูปภาพที่มีส่วนต่อกัน 8 ชิ้น 1 รูป
2	ทุกวันอังคาร	20 นาที/วัน	ตัดกระดาษตามแนวเส้น	1. กระดาษ 2. กรรไกร
3	ทุกวันพุธ	20 นาที/วัน	ระบายสี	1. ดินสอ 2. กระดาษ
4	ทุกวันพฤหัสบดี	20 นาที/วัน	ร้อยเม็ดกระดุมเสื้อ	กระดุม
5	ทุกวันศุกร์	20 นาที/วัน	ปั้นแป้งโดว์	แป้งโดว์

3. หลังจากจัดกิจกรรมเสร็จสิ้น ติดตามประเมินความรู้ ทักษะผู้ปกครองและประเมินพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก หลังจากดำเนินกิจกรรม เสร็จสิ้นภายในระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลพื้นฐานของเด็ก และผู้ปกครอง ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็ก ความรู้ และทัศนคติของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยสถิติ Paired T- Test โดยทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองเด็ก จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอายุ 37-47 ปีมากที่สุดร้อยละ 60 รองลงมาอายุ 26-36 ปี ร้อยละ 20 และอายุ 18-25 ปีร้อยละ15 การศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 65 รองลงมาคือ อนุปริญญา/ปวส. มัธยมศึกษา/ปวช. และมัธยมต้น ร้อยละ 20 10 และ 5 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35 รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย ร้อยละ 25 และแม่บ้านและอื่น ๆ ร้อยละ 15 ส่วนมากมีรายได้ 20,000-30,000 ร้อยละ 40 รองลงมา 40,001-50,000 30,001-40,000 60,001-70,000 และมากกว่า 70,000 ร้อยละ 20, 15, 10 และ 10 ตามลำดับ ลักษณะครอบครัวส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 75 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน ร้อยละ 65 รองลงมา 5-6 คน ร้อยละ 25 มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา ร้อยละ 100 อายุของเด็ก 4 ปี ร้อยละ 65 และเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแต่ละกิจกรรมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (n = 20)

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ประกอบชิ้นส่วนของรูปภาพที่ตัดออกเป็นส่วนๆ 8 ชิ้นได้	.00	.00	1.00	.00		
2. จับดินสอได้ถูกต้อง	.00	.00	.90	.307	-13.07	.000
3. ลอกรูปสี่เหลี่ยม	.00	.00	1.00	.00		
4. วาดรูปคนได้ 6 ส่วน	.00	.00	1.00	.00		

*p <.05

หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละกิจกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมจับดินสอได้ถูกต้องสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยประกอบชิ้นส่วนของรูปภาพที่ตัดออกเป็นส่วนๆ 8 ชิ้นได้ ลอกรูปสี่เหลี่ยม และวาดรูปคนได้ 6 ส่วน ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (n = 20)

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก	.00	.00	3.90	.308	-56.66	.000

*p <.05

ผลของค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -56.66, p <.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และทัศนคติ ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (n = 20)

ผลลัพธ์	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้	11.60	1.79	13.60	.994	.615	.004
ทัศนคติ	50.60	3.87	53.50	4.08	.779	.000

* p-value < .05

หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = .62, p < .05) และค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= .78, p < .05) ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

1. ผลของค่าเฉลี่ยพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยหลังได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= -56.66, p <.05) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า เด็กได้ผ่านการลงมือปฏิบัติผ่านกิจกรรมที่เป็นโอกาสของการฝึกการใช้กล้ามเนื้อเล็ก จากการฝึก ตี ตี ปะ รูปภาพที่มีส่วนต่อกัน 8 ชิ้น การตัดกระดาษตามแนวเส้นการระบายสี การร้อยเม็ดกระดุมเสื้อและการปั้นแป้งโดว์ ทำให้เด็กได้พัฒนากล้ามเนื้อเล็ก สอดคล้องกับการศึกษาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้ชุดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ ด้วยการปั้น การใช้กระดาษ การใช้ชุดฝึกกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของเด็ก¹⁷⁻¹⁸ ก่อนการได้รับโปรแกรมแม้ว่าเด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่ได้หมายความว่าเด็กมีความบกพร่องทางกาย แต่เป็นเพราะเด็กยังไม่ได้รับการกระตุ้น การกระตุ้นที่เหมาะสมจากสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ เมื่อได้รับการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้เด็กกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ และโปรแกรมในครั้งนี้นำมาดำเนินการกิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 20 นาที/วัน ต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ทำให้ช่วยในการส่งเสริมพัฒนาการได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี โดยมีเด็กในกลุ่มทดลอง 65 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 57 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีพัฒนาการปกติเพิ่มขึ้นหลังจากการกระตุ้นพัฒนาการเป็นระยะเวลาหนึ่งเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราวณา กุศลโกลม และสุรสา จันทนา ที่พบว่าการพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ ที่จัดให้เด็กได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น โดยการจัดกิจกรรมอย่างหลากหลาย ตามความสนใจ ให้เด็กได้เรียนรู้ ลงมือกระทำด้วยตนเอง ซ้ำแล้วซ้ำเล่าย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้¹⁹ และผลของการใช้กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ในการพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กอนุบาล หลังจากที่ผ่านมาการใช้กิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ครบ 16 ครั้งแล้ว พบว่า พัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเพิ่มขึ้น ในด้านการจับสิ่งของ การทำงานศิลปะ การร้อยวัสดุ กิจกรรมการการฉีก และการปะ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยได้¹⁸ ทั้งนี้ การเรียนรู้จะได้ผลต้องอาศัยการได้ฝึกหรือทำซ้ำเสมอให้เด็กมีโอกาสฝึกปฏิบัติหรือฝึกบ่อย ๆ จนทำได้อย่างคล่องแคล่ว และเกิดแรงจูงใจ มีความสนใจในสิ่งที่ทำ ทั้งนี้เพราะเด็กในวัยนี้ต้องได้รับการฝึกฝนให้เกิดทักษะเรียนรู้จากประสบการณ์ซ้ำแล้วซ้ำอีก เนื่องจากเด็กปฐมวัยมักจะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำ ๆ มักแสวงหาหนทางให้กับการกระทำของตนเอง และหาทางพัฒนาสิ่งที่เขาทำ²⁰

2. หลังสิ้นสุดโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .62, p < .05$) อธิบายได้ว่าความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็ก ในการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้เป็น โอกาสในการเข้าถึงความรู้เฉพาะทางในการส่งเสริมความรู้เรื่องการพัฒนาเด็กที่มีปัญหากล้ามเนื้อมัดเล็กล่าช้าหรือสงสัยล่าช้า โดยการนำประสบการณ์หรือสิ่งที่ได้รับการแนะนำไปปฏิบัติ เชื่อมโยงกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม ส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง ทำให้สร้างความรู้ความเข้าใจได้ดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับ ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ที่ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ (Interact) กับ วัตถุ (Object) หรือเหตุการณ์ ด้วยตัวของเขาเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจในวัตถุ หรือ เหตุการณ์นั้น ซึ่งก็คือ การสร้าง (Construct) การทำความเข้าใจ (Conceptualization)²⁰ และในการศึกษารุ่นนี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน โดยส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ได้ลงมือปฏิบัติจากกิจกรรมโดยตรง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์และสามารถเรียนรู้และจดจำ จึงทำให้คะแนนความรู้หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองของเด็กทั้งหมดเป็นบิดามารดาและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเด็ก ซึ่งการที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับบิดามารดา หรือสมาชิกคนอื่นนอกเหนือไปจากบิดามารดามีผลบวกพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าเด็กที่ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับใคร

3. หลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .78, p < .05$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ทัศนคติ (Attitude) ของผู้เลี้ยงดู มีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นความคิดเห็น ความเชื่อ ที่มีต่อเรื่องราว ซึ่งส่วนใหญ่มาจากประสบการณ์ การเรียนรู้ต่อเรื่องราวต่างๆ ทัศนคติที่ดีขึ้นอาจมาจากการได้รับข้อมูล ที่ถูกต้องและสอดคล้องกับเรื่องราวหรือสิ่งที่ต้องการส่งเสริม สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จากแหล่ง ทัศนคติ (Source of Attitude)²¹ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยตรง ส่งผลต่อทัศนคติ

การส่งเสริมพัฒนาการในเชิงบวกมากขึ้น การพัฒนาผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำได้ที่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย²²

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปประกอบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองไปขยายผลนำไปใช้ในการพัฒนาเด็กให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ในงานอนามัยโรงเรียน พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการคัดกรองพัฒนาการเด็กและประสานครูและผู้ปกครองให้มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำได้ที่บ้าน และให้มีการกำกับติดตาม โดยใช้โปรแกรมออนไลน์ในการสื่อสารระหว่างกันและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมพัฒนาการและเพิ่มความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กกลุ่มอื่นๆต่อไป

ด้านนโยบาย

กำหนดนโยบายการคัดกรองพัฒนาการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในนักเรียนชั้นอนุบาล เพื่อการคัดกรองและการส่งเสริมพัฒนาการการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กโดยใช้โปรแกรม การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการต่อความรู้ ทัศนคติของผู้ปกครองและพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย

ด้านการวิจัย

พัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโต ในด้านต่าง ๆ ในเด็กและศึกษาต่อยอดจากงานวิจัยนี้ โดยอาจมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเพื่อศึกษาถึงบริบทข้อมูลประสบการณ์ของผู้ปกครองที่เกิดขึ้นขณะการทำกิจกรรมร่วมกับเด็ก เพื่อเข้าใจประสบการณ์และสถานการณ์ในเชิงลึกเพื่อการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมสำหรับเด็กในกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ภาคราชการกลุ่มกระทรวงคณะที่ 2. รายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nesdc.go.th/ewt_w3c/ewt_dl_link.php?nid=10104
2. Franklin Q, Prows CA, Developmental and genetic influences on child health promotion [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://repository.poltekkesaltim.ac.id/638/1/Wong%E2%80%99s%20Essentials%20of%20Pediatric%20Nursing%20by%20Marilyn%20J.%20Hockenberry%20Cheryl%20C.%20Rogers%20David%20M.%20Wilson%20\(z-lib.org\).pdf](https://repository.poltekkesaltim.ac.id/638/1/Wong%E2%80%99s%20Essentials%20of%20Pediatric%20Nursing%20by%20Marilyn%20J.%20Hockenberry%20Cheryl%20C.%20Rogers%20David%20M.%20Wilson%20(z-lib.org).pdf)
3. ทองใบ สวัสดิ์ผล. การจัดประสบการณ์เพื่อพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กที่ส่งผลต่อการเขียน ของเด็กปฐมวัยระดับชั้นอนุบาลปีที่ 3 โรงเรียนการกุศลวัดบ้านก่อ อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2561.

4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2561: พุทธศาสนากับการสร้างเสริมสุขภาพ หนังสือและรายงานวิจัย [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2019/01/472-ThaiHealth2018-TH_compressed.pdf.
5. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.
6. ศิวไล กระจับเงิน. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้ชุดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ ด้วยการ ปั้นปูนเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กสำหรับเด็กปฐมวัย ชั้นอนุบาลปีที่ 1. วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2562;2:171-80.
7. อรทัย นามขาว, อนุกุล จินตรักษ์. การจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์โดยใช้กระดาษเพื่อพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยระดับชั้นอนุบาล 3. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2565;16:198-208.
8. นุชจณี อุ่ทอง, อัฐณิญา สัจจะพัฒนกุล. การส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย โดยใช้ชุดกิจกรรมการฉีก และการปะ. การประชุมวิชาการระดับชาติสำหรับนักศึกษาครั้งที่ 2: 15 มี.ค. 2565; มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 2565.
9. Fan X, Chen M. Parental involvement and students' academic achievement: A meta-analysis. Educational Psychology Review 2001;13:1-22.
10. Kovács K, Kovács KE, Bacskai K, Békési Z, Oláh ÁJ, Pusztai G. The effects and types of parental involvement in school-based sport and health programs still represent a knowledge gap: A systematic review. IJERPH 2022;19:128-59.
11. วนิดา ขวัญสำราญ. บทบาทของพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2015;23:14-25.
12. พูนศิริ ฤทธิธอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัสตราภรณ์ แยมเม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรรัตน์ เนียมสุวรรณ, รัชดาวรรณ บุญมีจิว และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสาร วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2021;14:42-56.
13. นัยนา ภูม, จินตนา วัชรินทร์, นุจรี ไชยมงคล. นิเวศวิทยาครอบครัว: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัย เตะและเตะ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล 2016;22:18-36.
14. สิทธิพงศ์ ปาปะกัง. บทบาทของผู้ปกครองในการประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2022;19:176-85.
15. มธุรี อิงศิริรัตน์. ความรู้และทัศนคติของผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการออทิสซึมในโรงพยาบาล อุตรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี 2018;26:108-18.
16. สิทธิพร สุนทร, วชรินทร์ สุทธิชัย, พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์ส, รัชนิดา ไสยรส, ภณทิลา น้อยเจริญ. แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดขนาดตัวอย่าง ด้วย G* Power. วารสารสหวิทยาการวิจัย 2562;8(ฉบับพิเศษ):29-39.
17. ปรรธนา กุศลโกมล, สุรสา จันทนา. การพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยด้วยกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์. วารสารพุทธสังคมวิทยาปริทรรศน์ 2565;7:155-64.

18. มนัสมีน เจะโนะ, รอฮานี เจะอาแซ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2566];30:80-8. เข้าถึงได้จาก
<https://journal.oas.psu.ac.th/index.php/asj/article/view/1406>
19. Catherine L, Preschool learning and teaching. New York: Harper and Row; 1972.
20. Amineh RJ, Asl HD. Review of constructivism and social constructivism. JSSAL [Internet]. 2015 [cited 2023 Mar 15];1:9-16. Available from:
https://www.academia.edu/31113252/Review_of_Constructivism_and_Social_Constru
Constru
21. Breckler SJ, Wiggins EC. On defining attitude and attitude theory: Once more with feeling. In Attitude structure and function. Psychology Press; 2014. P.407-27.
22. Inson S, Aonkam Y, Ruangrith R. Effectiveness of development promotion and reinforce positive to improve discipline programs base on family participation to children aged 3-5 years. Academic Journal of Mahasarakham ProvincialPublic Health. Office 2021;5:143-60.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

พัชรี เกิดแก้วมณี พย.บ.¹, กันติชา ตรีเมฆ พย.บ.¹, ธิดิญาดา คิตกล้า พย.บ.¹,
สุทธิดา สายปัญญา พย.บ.¹, สุพรรณษา บัวผาย พย.บ.¹, สุปรียา แสงจักรวาล พย.บ.¹,
วรรณณ์ บุญจิม พย.ม.^{2*}

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งกลุ่มนักศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นวัยที่มีภาวะความเครียดจากการเรียนและการปรับตัว จึงทำให้พบอาการไม่พึงประสงค์มากขึ้น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาทุกคน ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 386 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบสอบถามการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน แบบสอบถามการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และแบบสอบถามการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .83, .71, .84, .85 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Spearman's rank correlation coefficient การศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับชั้นปีมีความสัมพันธ์กับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 24.37, p = .004$; $\chi^2 = 31.77, p = .00$ ตามลำดับ) และปัจจัยด้านการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.254, p < .01$) ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมของสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อช่วยป้องกันภาวะไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

คำสำคัญ: อาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือน ปัจจัย นักศึกษา

¹ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

* Corresponding author e-mail: woraporn.b@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 4 ต.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2566

Factors Related to the Reduction of Premenstrual Syndrome Reduction among Ubon Ratchathani University Students

Patcharee Kerdkaewmanee B.N.S.¹, Kanticha Treemek B.N.S.¹, Thitiyada Kidgla B.N.S.¹,
Sutthida Saipunya B.N.S.¹, Supansa Buaphay B.N.S.¹, Supreeya Saengchakkawan B.N.S.¹,
Woraporn boonjeem M.N.S.^{2*}

Abstract

Premenstrual syndrome is a common health problem among reproductive women. Graduate students often experience stress from their studies and the adjustments they need to make, leading to an increase in the prevalence of premenstrual syndrome. This correlational descriptive research study aimed to examine the factors related to the reduction of premenstrual syndrome among students at Ubon Ratchathani University. The samples consisted of female students from all faculties pursuing a Bachelor's degree at Ubon Ratchathani University, totaling 386 students. They were selected using the Simple Random Sampling technique. The instrument included a questionnaire including sections on personal information, self-care, premenstrual syndrome recognition, premenstrual syndrome management, and reducing premenstrual syndrome. The Cronbach's alpha coefficients were .83, .71, .84, .85, and .83, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and Spearman's Rank correlation coefficient. The results revealed that ages and college years were correlated with premenstrual syndrome reduction ($\chi^2 = 24.37$, $p = .004$; $\chi^2 = 31.77$, $p = .00$ respectively). Self-care factors were positively correlated with premenstrual syndrome reduction, with statistical significance at .01 ($r_s = 0.254$, $p < .01$). The findings suggest that medical personnel should promote appropriate healthcare for women of reproductive age to help prevent adverse premenstrual symptoms.

Keywords: premenstrual syndromes, factors, students

¹ Nursing Student, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

² Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

* Corresponding author e-mail: woraporn.b@ubu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือน (Premenstrual symptoms : PMS) คือ อาการแสดงที่เกิดทุกรอบเดือนเป็นอาการไม่สุขสบาย ที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกาย จิตใจ และอารมณ์ร่วมกัน ซึ่งไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางกาย โดยระยะเวลาการแสดงอาการเกิดขึ้น 5 วันก่อนมีประจำเดือน อย่างน้อยสามารถบอกระยะก่อนหน้า อาการดังกล่าวหายไปภายใน 4 วันหลังมีประจำเดือน และไม่มีอาการกลับมาอีกอย่างน้อยถึงวันที่ 14 ของรอบเดือน¹ จากการสำรวจในสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวตะวันตกพบความชุกของอาการก่อนมีประจำเดือนร้อยละ 75-95² โดยสาเหตุการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่า เกิดจากกลไกการทำงานของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-โอวารีแอกซิส (Hypothalamus-pituitary-ovarian axis) หรือเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone)³

ผลกระทบของอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ 1) อาการทางพฤติกรรม เช่น เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ ความสนใจทางเพศเปลี่ยนไป และความอยากอาหารเปลี่ยน 2) อาการด้านจิตใจ เช่น กระสับกระส่าย โกรธง่าย ซึมเศร้า ร้องไห้ง่าย วิตกกังวล เครียดอารมณ์แปรปรวนง่าย ไม่มีสมาธิ สับสน ลืมง่าย ร้อนรน รู้สึกโดดเดี่ยว และความมั่นใจในตัวเองลดลง และ 3) อาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ เจ็บบริเวณเต้านม ปวดหลัง ท้องอืด ปวดท้องมากขึ้น น้ำหนักขึ้น แขนขาบวมบวม น้ำมากขึ้น คลื่นไส้ ลิวขึ้น ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ³ ซึ่งการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การบรรเทาอาการทางร่างกายและจิตใจเป็นหลัก ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมนผ่านการยับยั้งการตกไข่ ในขณะที่ยาอื่น ๆ ส่งผลต่อระดับสารสื่อประสาทในสมอง สารสื่อประสาทเหล่านี้อาจรวมถึงนอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) โดปามีน (Dopamine) และเซโรโทนิน (Serotonin)⁴ และยังมีการใช้ยาคุมกำเนิด (Oral contraceptives) โกลนาโดโทรปินรีลีสซิงฮอร์โมน (Gonadotropin-releasing hormone : GnRH) จิตอายุรเวท (Psychotherapeutic Agent) อาหารเสริมจำพวกแคลเซียม (Calcium) วิตามิน (Vitamin) แร่ธาตุ (Mineral) การใช้สมุนไพร (Herbal preparations) การปรับเปลี่ยนอาหารและวิถีการใช้ชีวิต (Dietary and Lifestyle modification) และการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive behavior therapy)⁵ ซึ่งการรักษาเหล่านี้จะต้องได้รับการวินิจฉัยและการดูแลจากแพทย์ แต่หญิงไทยจำนวนมากไม่รู้จักรู้จักและไม่ทราบเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือจัดการที่ถูกต้อง⁶

อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ คือช่วงอายุระหว่าง 15-49 ปี⁷ เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจะเป็นวัยนักเรียนและนักศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีความเครียดเกี่ยวกับการเรียน และการปรับตัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน⁸ จึงทำให้เกิดอาการดังกล่าวมากกว่าวัยอื่น ๆ และยังส่งผลกระทบต่อทำให้มีการขาดเรียนบ่อยครั้ง ขาดสอบ จนส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยตลอดภาคการศึกษาต่ำ⁹ ตามการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาอายุ 18 - 25 ปี

ด้านปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มหญิงที่มีภาวะปวดประจำเดือน ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาในโรงเรียนมัธยมปลายเมืองซัสซิวาร์ ประเทศอิหร่าน พบว่า การรับประทานอาหาร (ทอดและหวาน) การออกกำลังกาย และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ค่าดัชนีมวลกาย และในครอบครัวอาการนี้เช่นกัน เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน¹⁰ และมีการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยที่เมืองอัลมาเนีย ประเทศอียิปต์ ปัจจัยส่งเสริมที่มีความแตกต่างเพิ่มมา คือ การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนและการสูบบุหรี่¹¹ ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาของ วิชยา เห็นแก้ว¹² ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการ

ก่อนมีประจำเดือนในนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์ ก่อนการมีประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีนยังไม่มีความสัมพันธ์ และการศึกษาของสมรัก ครองยุทธ และเรืองฤทธิ์ ไทพันธ์¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี โดยปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ซึ่งจากข้อมูลข้างต้น ข้อมูลสรุปปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ยังมีข้อมูลไม่ครอบคลุมและชัดเจน ทุกกลุ่มช่วงวัย จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลนี้

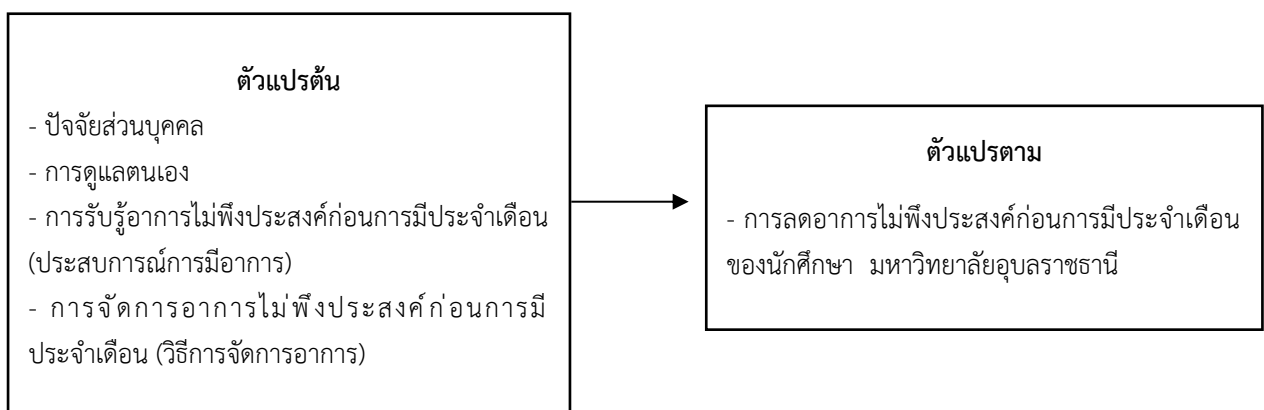
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ก่อนมีประจำเดือนในกลุ่มนักศึกษาที่มีการศึกษา เพื่อให้สตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะดังกล่าวได้รับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนที่เหมาะสมกับช่วงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดูแลตนเองกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรเพื่อทำการศึกษาวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ และคณะ¹⁴ เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม จากปัจจัยกำหนดความสัมพันธ์ในการจัดการอาการ 3 มิโนทัศน์ ได้แก่ 1) ประสบการณ์การมีอาการ 2) วิธีการจัดการอาการ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ผู้วิจัยจึงกำหนดปัจจัยดังกล่าวร่วมเป็นตัวแปรต้นของกรอบแนวคิดการศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ระยะเวลาการวิจัย เดือนพฤศจิกายน 2565 – พฤษภาคม 2566 ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จำนวน 10,839 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อความเป็นตัวแทนโดยใช้สูตร Yamane คำนวณกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 386 คน เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ นักศึกษาหญิงที่มีอายุ 18-25 ปี ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สามารถอ่านภาษาไทย สื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีอุปสรรคทางการได้ยินและการมองเห็น มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และยินยอมให้ทำการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวช เช่น โรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งปากมดลูก มีก้อนเนื้อในมดลูก ประจำเดือนมาผิดปกติ และผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิดเพื่อปรับประจำเดือน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรองที่ UBU – REC – 40 /2566 วันที่ให้ใบรับรอง 24 มีนาคม 2566 และวันที่หมดอายุใบรับรอง 23 มีนาคม 2567

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 1 ชุด แบ่งเป็น 5 ส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำสั้น ๆ คือ อายุ คณะที่กำลังศึกษา ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย อายุที่เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ความสม่ำเสมอของประจำเดือน จำนวนวันของประจำเดือน และระยะห่างของรอบประจำเดือน

แบบสอบถามชุดที่ 2-4 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากงานวิจัยของสมรัก ครองยุทธและเรืองฤทธิ์ โทรพันธ์ โดยปรับเพิ่มแบบสอบถามให้มีความเหมาะสมกับช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การแปลผลคะแนนรวมโดยใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และนำไปหารด้วยจำนวนขั้นที่แบ่ง โดยมีรายละเอียดของแบบสอบถามแต่ละชุด ดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย ความเครียด การดูแลความสะอาดร่างกาย และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ จำนวน 18 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ คือ ข้อที่ 3,5,10 และ 11 ข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ คือข้อที่ 1,2,4,6,7,8,9,12,13,14,15,16,17 และ 18 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนี้เลย (1 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคยปฏิบัติตามข้อนี้เลย (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติเป็นประจำ (1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-72 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง การแปลผลคะแนนรวม

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ (18 – 36 คะแนน) ระดับปานกลาง (37 – 54 คะแนน) และระดับสูง (55 – 72 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ประกอบด้วย อาการด้านร่างกาย และอาการด้านจิตใจ จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่มีความรุนแรง (1 คะแนน) อาการรุนแรงเล็กน้อย (2 คะแนน) อาการรุนแรงปานกลาง (3 คะแนน) และอาการรุนแรงมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ารับรู้ว่าการไม่พึงประสงค์มีระดับความรุนแรงมาก การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ รับรู้ว่าการไม่พึงประสงค์มีระดับความรุนแรงน้อย (15-30 คะแนน) รับรู้ว่าการไม่พึงประสงค์มีระดับความรุนแรงปานกลาง (31- 45 คะแนน) และรับรู้ว่าการไม่พึงประสงค์มีระดับความรุนแรงมาก (46-60 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ข้อคำถาม จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่เคยใช้วิธีนี้เมื่อเกิด (1 คะแนน) เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้บางครั้ง (2 คะแนน) เมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นส่วนใหญ่ (3 คะแนน) และเมื่อเกิดอาการใช้วิธีการนี้เป็นประจำ (4 คะแนน) และข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Ordinal scale) เกณฑ์การให้คะแนน คือ ใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 28-97 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าการมีเลือกใช้วิธีลดอาการไม่พึงประสงค์หลายวิธี การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เลือกใช้วิธีการดังกล่าวเมื่อเกิดอาการน้อย (28-50 คะแนน) เลือกใช้วิธีการดังกล่าวเมื่อเกิดอาการปานกลาง (51-73 คะแนน) และเลือกใช้วิธีการดังกล่าวเมื่อเกิดอาการบ่อย (74-97 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ใช้ในการประเมินการลดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 1 ข้อ การแปลผลคะแนน คือ ไม่ช่วยให้อาการลดลง (1 คะแนน) ลดอาการได้น้อย (2 คะแนน) ลดอาการได้ปานกลาง (3 คะแนน) และลดอาการได้มาก (4 คะแนน)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประชุมและหารือร่วมกับสมาชิกเพื่อหาปัญหา ทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดปัญหาที่จะศึกษาและตั้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิและการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการศึกษาการวิจัยไปยังคณะอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ขอข้อมูลทะเบียนนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย
3. ติดต่อประสานงานกับนักศึกษาแต่ละคณะในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยส่งแบบฟอร์มออนไลน์ผ่านงานกิจการนักศึกษาเพื่อประชาสัมพันธ์และนัดหมายวันเวลาที่จะทำแบบสอบถาม เพื่อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถาม ส่งแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google form ไปใน Line application ของตัวอย่างวิจัยแต่ละคน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2566 โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามคนละ 30 นาที ตั้งแต่เวลา 12.00 - 12.30 น.
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณไว้ คือ 386 คน ตามระยะเวลา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ก่อนจะนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยการหาการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนโดยใช้สถิติ Chi-square test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการดูแลตนเอง การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน โดยใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (r_s) ดังนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r_s = 0$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r_s = 0.10 - 0.39$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.40 - 0.69$) มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r_s = 0.70 - 0.89$) และความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก ($r_s = 0.90 - 1.00$)

ทั้งนี้การหาความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ตัวแปรนี้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เนื่องจากการกระจายของข้อมูลการดูแลตนเอง การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal Distribution) โดยพิจารณาจากผลการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov of normality มีค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบเท่ากับ .002, .000 และ .000 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุอยู่ในช่วง 20 - 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.0 ($\bar{X} = 2.04$, S.D. = 0.69) ตอบแบบสอบถามมากที่สุด ขณะที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุด คือ คณะบริหารศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 20.2 ชั้นปีที่ตอบคำถามมากที่สุดคือ ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 31.6 สำหรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.50-22.90 kg/m² คิดเป็นร้อยละ 46.1 มีอ้วนระดับ 3 คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² คิดเป็นร้อยละ 5.4 สำหรับช่วงอายุการมีประจำเดือนครั้งแรกพบมากที่สุดคือ อายุ 12-14 คิดเป็นร้อยละ 65.3 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีประจำเดือนสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 69.9 และไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 30.1 ส่วนใหญ่มีประจำเดือนในแต่ละครั้งนาน 6-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 30.1 ระยะห่างของรอบประจำเดือน 28-34 วัน คิดเป็นร้อยละ 40.4

การศึกษากการดูแลตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน พบว่าด้านการรับประทาน อาหาร ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.79) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ รับประทานชา กาแฟ ($\bar{X} = 3.02$, S.D. = 0.89) การนอนหลับพักผ่อน พบว่า กลุ่มตัวอย่างนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.85) การออกกำลังกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ การออกกำลังกายด้วยการสูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ออกซิเจนไปเลี้ยงมดลูกได้อย่างเพียงพอ ($\bar{X} = 2.64$, S.D. = 0.86) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ การออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.77) ความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ เมื่อมีความเครียดจะมีอาการปวดหัว อ่อนเพลีย ใจสั่น หงุดหงิดง่าย และรู้สึกซึมเศร้า ($\bar{X} = 2.830$, S.D. = 0.91) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ เมื่อมีความเครียด

จะฝึกสมาธิหรือผ่อนคลาย ครั้งละ 15-20 นาที ($\bar{X} = 1.75$, S.D. = 0.91) การดูแลทำความสะอาดร่างกาย พบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุดคือ การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสะอาดทุกครั้ง หลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.55) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับน้อยที่สุดคือ การอาบน้ำโดยวิธีการตักอาบ หรืออาบน้ำจากฝักบัว ($\bar{X} = 3.09$, S.D. = 1.10) การปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน หรือบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการบันทึกระยะเวลาของการมีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือน ($\bar{X} = 2.92$, S.D. = 1.09)

การศึกษาการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า นักศึกษา มีอาการหงุดหงิดง่ายมากที่สุด ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 1.04) และมีอาการท้องอืดน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.97)

การศึกษาการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การลดการทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.97) และลำดับสุดท้าย การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน คือ ปรีกษาแพทย์ ($\bar{X} = 1.33$, S.D. = 0.69)

การศึกษาการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน พบว่า การลดอาการไม่พึงประสงค์ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.35$, S.D. = 0.923)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน				ค่าสถิติ
	ไม่ช่วยให้ อาการลดลง	ลดอาการได้น้อย	ลดอาการได้ปาน กลาง	ลดอาการได้มาก	
อายุ (ปี)					
18-19	5 (18.2)	21 (21.3)	47 (33.2)	6 (6.3)	$\chi^2 = 24.37$ df = 9 p = .004
20-21	57 (49.8)	58 (58.2)	83 (90.7)	18 (17.3)	
22-23	27 (19.8)	22 (23.2)	30 (36.1)	7 (6.9)	
24-25	0 (1.2)	3 (1.3)	2 (2.1)	0 (0.4)	
ระดับการศึกษา					
ชั้นปีที่ 1	5 (16.4)	14 (19.1)	44 (29.8)	8 (5.7)	$\chi^2 = 31.77$ df = 9 p = .00
ชั้นปีที่ 2	30 (27.0)	41 (31.5)	35 (49.1)	11 (9.4)	
ชั้นปีที่ 3	32 (28.1)	26 (32.9)	58 (51.2)	6 (9.8)	
ชั้นปีที่ 4	22 (17.5)	23 (20.5)	25 (31.9)	6 (6.1)	
ดัชนีมวลกาย					
น้อยกว่า 18.50	19 (25.1)	32 (29.4)	45 (45.7)	13 (8.8)	$\chi^2 = 10.68$ df = 12

ข้อมูลส่วนบุคคล	การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน				ค่าสถิติ
	ไม่ช่วยให้	ลดอาการได้น้อย	ลดอาการได้ปาน	ลดอาการได้มาก	
	อาการลดลง		กลาง		
18.50-22.90	46 (41.0)	43 (48.0)	77 (74.7)	12 (14.3)	p = .56
23-24.90	11 (10.1)	9 (11.9)	20 (18.5)	4 (3.5)	
25-29.90	9 (7.8)	13 (9.2)	11 (14.3)	1 (2.7)	
มากกว่า 30	4 (4.8)	7 (5.7)	9 (8.8)	1 (1.7)	
เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ					
9-11 ปี	13 (15.9)	20 (18.6)	29 (29.0)	7 (5.5)	$\chi^2 = 7.32$ df = 9
12-14 ปี	54 (58.1)	69 (67.9)	109 (105.8)	20 (20.2)	
15-19 ปี	15 (10.6)	10 (12.4)	19 (19.3)	2 (3.7)	p = .60
20-23 ปี	7 (4.4)	5 (5.1)	5 (8)	2 (1.5)	
ประจำเดือนสม่ำเสมอหรือไม่					
สม่ำเสมอ	58 (62.3)	69 (72.7)	115 (113.3)	28 (21.7)	$\chi^2 = 7.81$ df = 3
ไม่สม่ำเสมอ	31 (26.7)	35 (31.3)	47 (48.7)	3 (9.3)	
มีประจำเดือนในแต่ละครั้งนานกี่วัน					
2-3 วัน	16 (11.5)	17 (13.5)	17 (21.0)	0 (4.0)	$\chi^2 = 15.37$ df = 9
4-5 วัน	44 (48.2)	60 (56.3)	87 (87.3)	18 (16.8)	
6-7 วัน	24 (26.7)	25 (31.3)	54 (48.7)	1.3 (9.3)	p = .08
มากกว่า 7	5 (2.5)	2 (3.0)	4 (4.6)	0 (0.9)	
มีระยะห่างของรอบประจำเดือนกี่วัน					
14-20 วัน	18 (15.4)	18 (18.1)	26 (28.1)	5 (5.4)	$\chi^2 = 4.28$ df = 9
21-27 วัน	29 (32.3)	44 (37.7)	57 (58.8)	10 (11.2)	
28-34 วัน	38 (36.0)	35 (42.0)	69 (65.5)	14 (12.5)	p = .89
มากกว่า 34 วัน	4 (5.3)	7 (6.2)	10 (9.7)	2 (1.8)	

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน คือ อายุและระดับการศึกษา โดยมีค่า $p = .004$ และ $p = .00$ ตามลำดับ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านค่าดัชนีมวลกาย $p = .56$ ช่วงอายุการมีประจำเดือนครั้งแรก $p = .60$ ความสม่ำเสมอของการมีประจำเดือน $p = .05$ ระยะเวลาของการมีประจำเดือนในแต่ละครั้ง $p = .08$ และระยะห่างของรอบประจำเดือน $p = .89$ ไม่มีความความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และระดับการดูแลตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Range	Level
การดูแลตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	50.08	5.32	18-72	ปานกลาง
การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	37.55	8.77	16-60	ปานกลาง
การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	54.7	10.52	28-97	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.08 ค่าเฉลี่ยการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.54 และมีค่าเฉลี่ยการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.79

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างการดูแลตนเอง การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การดูแลตนเอง	1.00			
2. การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	0.02	1.000		
3. การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	0.15	0.39	1.00	
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน	0.25**	0.02	0.55	1.00

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

จากตารางที่ 3 การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ($r = .25, p < .01$) การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์

ก่อนการมีประจำเดือนและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลตนเอง การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน การทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติไคสแคว์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ พบว่า ค่า Chi-square test = 24.37 และค่า sig = .004 ($p < .05$) แสดงว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับชั้นปีที่ศึกษา พบว่า ค่า Chi-square test = 31.77 และค่า sig = .00 ($p < .05$) แสดงว่าระดับชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับอายุ เช่นเดียวกับอายุมีผลต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน เมื่ออายุมากขึ้นจะมีกระบวนการพัฒนาความคิดแบบเป็นเหตุเป็นผล คิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีระเบียบและแก้ไขปัญหาได้ และเมื่ออายุมากขึ้นจะมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถเผชิญและลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาของนิรัชรา จ้อยชู วันเพ็ญ ภิญญญาสกุลและวิชชุดา เจริญกิจการ¹⁵ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน พบว่าอายุและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ จกศบุญชู เกษมพิพัฒน์พงศ์ และธานินทร์ สุธิประเสริฐ¹⁶ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่าอายุ ระยะเวลาทำงานในโรงพยาบาล และชั่วโมงการทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = 0.25, p < .01$) หมายความว่า ผู้ที่มีการดูแลตนเองในระดับมากจะมีอาการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนได้ในระดับมาก กล่าวคือ การดูแลตนเองที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลความสะอาดด้านร่างกายที่เหมาะสม รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนที่ดีขึ้น ส่งผลต่อความสัมพันธ์ต่อสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น ระดับฮอร์โมนปกติ การสม่ำเสมอของรอบเดือน เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของวิลาวัลย์ รัตน¹⁷ กล่าวว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁷

การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน

การศึกษาค้นคว้าพบว่า การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนภรณ์ จำรูญจาริต และคณะ¹⁸ กล่าวคือ การรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของแต่ละบุคคลมีระดับ การรับรู้การเจ็บปวดที่ต่างกัน บางรายรับรู้ว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน และรับรู้ถึง ความรู้สึกไม่สบาย แต่ไม่ทุกข์ทรมานกับอาการหรือมองว่าเป็นเรื่องปกติ สามารถดำเนินชีวิต เรียนหนังสือ ได้ จึงมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือนของแต่ละคนที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. ส่งเสริมให้นักศึกษามหาวิทยาลัย ที่มีอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน ให้มีการปฏิบัติตัว ด้านการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน
2. ส่งเสริมให้นักศึกษามหาวิทยาลัย สังเกตและประเมินอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน หากมีอาการรุนแรงสามารถพิจารณาตนเอง เพื่อได้รับการส่งต่อดูแลรักษาในรายที่อาจจะมีผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจและการเรียน
3. นำข้อมูลการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน วิธีการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ และวิธีการดูแลตนเองไปพัฒนาแนวทางการดูแลนักศึกษา โดยมุ่งเน้นความแตกต่างของอายุนักศึกษารายชั้นปี

ด้านงานวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายในการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน
2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการ มีประจำเดือน
3. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการลดอาการไม่พึงประสงค์ก่อนการมีประจำเดือน โดยเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายขึ้น เช่น นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Gnanasambanthan S, Datta, S. Premenstrual syndrome. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine 2019;29:281-5.
2. Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. Maturitas 2015;82:436-40.
3. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. American family physician 2016;94:236-40.
4. Jane M, Julie B, Patrick MS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. Cochrane 2013;6.
5. Nworie KM. Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment. A mini literature review. Obstetrics and Gynecological investigations 2018;1:41-6.
6. ปาณิสรา อินทระกุล, วรชร ลัทธวิงศกร. Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphoric disorder [internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6891/>

7. สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
8. วารุณี มีมุ่นบุญ. การศึกษาความเครียดของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคเรียนที่ 2 ประจำปีการศึกษา 2561 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2562.
9. Tolossa FW, Bekele, ML. Prevalence, impacts and medical management of premenstrual syndrome among female students: cross sectional study in College of Health Sciences, Mekelle University, Mekelle, northern Ethiopia. BMC Women Health 2014;14:53-62.
10. Rad M, Sabzevari MT, Dehnavi ZM. Factors associated with premenstrual syndrome in female high school students. Journal of education and health promotion 2018;7:64.
11. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life style factors associated with premenstrual syndrome among El-Minia University Students, Egypt. International Scholarly Research Notices 2013.
12. วิชยา เห็นแก้ว, จรวยพร ใจสิทธิ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนในนักศึกษาพยาบาลสตรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2561;19:299-310.
13. สมรัก ครองยุทธ และ เรืองฤทธิ์ โทรพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ก่อนมีประจำเดือนในสตรีวัยรุ่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14:378-81.
14. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J. Advancing the science of symptom management. Journal of advanced nursing 2001;33:668-76.
15. นิรัชรา จ้อยชู, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ 2557;20:236-48
16. จเกษมบุญชู เกษมพิพัฒน์พงศ์, ธาณินทร์ สุธิประเสริฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:41-9
17. วิลาวัลย์ รัตนา. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2553.
18. ธนภรณ์ จำรูญจารีต, อรณัฐ อัครอนันต, พิมพ์พิชญาดา มาพงศ์, ปริณดา เฉลิมถิรเลิศ, รินทร์ลิตา ชัยประสพวงศ์, พิสิษฐ์ อยู่ใจเย็น, กรदनัย ตรีรัตนกุลจรัส, ศุภิมิน มังคลรังษี. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9:100-112.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน
5. บทความอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสารและค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ (ตามประกาศหลักเกณฑ์และอัตราค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์) ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) บทความรับเชิญ (Invitation Article) หรือรายงานการวิจัยทางสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา

2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded

3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ

4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินใจถูกต้องตามหลักวิชาการจากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด

ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทคัดย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

ตัวอย่าง

ตารางที่ ...

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ

9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ได้ภาพ พร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล
- 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
- 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.2.8 ผลการวิจัย
- 2.2.9 การอภิปรายผล
- 2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้
- 2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In- text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง ในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็น ฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้ เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้เกิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้อยู่มีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยรักร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

1.2 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรภพ, อุไร จราประพาฬ, พรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.3 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ชื่อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างอิงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4....เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.

5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมือง ให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือเล่มนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักษณะ ขอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70.
doi:10.1177/0269216310375860

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications

4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุโขทัยแกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kuala Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

13. พนัชญา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี];ปีที่:หน้า.
เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก:
http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันท์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่
<http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

นางสาวนุสรา	ประเสริฐศรี	โทรศัพท์ 061-4265191
นางสาวดี	แฮมิลตัน	โทรศัพท์ 081-2593003
นางอภิตี	เจริญกุล	โทรศัพท์ 086-3640121

เลขานุการ

นางสาวสิริภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 064-8780860 โทรสาร 045-255-709
E-mail: journal@bcnsp.ac.th