



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2563 : Vol 10 NO. 1 January - June 2020

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทอง
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่
- การรับรู้และพฤติกรรมความเสี่ยงของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีนในการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กปฐมวัย

Lanna Journal of Health Promotion
& Environmental Health

ว.อ.
๑

ISSN 2228-9410

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และผลงานวิจัยทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะและความคิดเห็น

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์สมศักดิ์ เลิศจิระจารี	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
--------------------------------	----------------------------

รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงสิดาพัฒน์ ยุตบุตร	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางสาวกิงพิกุล ชำนาญคง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงโชติรส พันธุ์พงษ์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์ศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ทันตแพทย์อรรถพล ปัญญาภู	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ดร.จิตติมา กัตถัญญ	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
นายแพทย์ชัยพร พรหมสิงห์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย
นางปิยพร เสาร์สาร	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย
รศ.ดร.เดชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.เพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์	นักวิชาการอิสระ
รศ.ดร.เพ็ญประภา ศิริโรจน์	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.เศรษฐ์ สัมภิตตะกุล	คณะวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง	คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร.กาญจนา ปินตาคำ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ดร.กฤติพิชญ์ ฐิติพิชญานันท์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.นารณดา ชันธิกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
นางอโนชา วิบุลการ	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางสาวพิมพ์ภาภรณ์ พรหมใจ	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ดร.ไพรัช ดันอุด	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ดร.กฤษณา กาเผือก	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ดร.นณรภัทร อีระวรรณศิริ	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงภคมน เชาวศิลป์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
ทันตแพทย์หญิงวิรัชญา พุ่มทอง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางสิริราไพ ภูธรใจ	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
แพทย์หญิงปิยาภา วงศ์หล้า	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางนงค์เยาว์ แสงคำ	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางสาววัชรรา ศิริกุลเสถียร	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นางสาวพินทรพจน์ พรหมเสน	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายภฤชณะ จตุรงค์ศรีมี	ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

สารบัญ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด
ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทอง
นางดวงตา นวลศิริ 1-15
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด
ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่
นาริรัตน์ แก้วสุทธิ, กรรณิการ์ ชัยนันท์, นางสัญญา สิริพงศ์พันธ์ 16-34
- การรับรู้และพฤติกรรมความเสี่ยงของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน
ในการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กปฐมวัย
นางมณีการณ์ อุตะมะแก้ว 35-51

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทอง

Effect of the development of a model of care for pregnant women with
Induce Hypertension from the antenatal period to the postpartum period in
Chom Thong Hospital.

นางดวงตา นวลศิริ

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจอมทองจังหวัดเชียงใหม่ 50160

Corresponding author, E-mail: dounta_12@hotmail.com

(Received: Jan 7, 2020; Revised: Mar 2, 2020; Accepted: May 4, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทอง กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจอมทอง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ รูปแบบการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลจอมทอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Mann-Whitney U Test, Wilcoxon signed rank test และ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$, $P = 0.015$ ตามลำดับ) และหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคจากภาวะความดันโลหิตสูงในระยะฝากครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.041$)

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, ภาวะความดันโลหิตสูง, รูปแบบการดูแลของหญิงตั้งครรภ์

ABSTRACT

This research is a quasi-experimental research aimed to study the development of care model for pregnant women with induce hypertension from the antenatal period to the postpartum period in Chom Thong Hospital. The sample comprised of 70 pregnant women who received antenatal care at Chom Thong Hospital and diagnosed with the pregnancy induce hypertension. The samples was divided into two groups; experimental and control, equally. The samples was selected by purposive sampling. The study instruments consisted of 3 parts. 1) Intervention care model. 2) Questionnaire for demographic data. 3) Self-care knowledge assessment form for pregnant women with induce hypertension from the antenatal period to the postpartum period. Data was analyzed by descriptive statistics with frequency, percentage, average, standard deviation and inferential statistics with Mann-Whitney U Test, Wilcoxon signed rank test and Chi-square test.

The results of the study revealed that pregnant women with induce hypertension in the experimental group, receiving self-care education from the antenatal period to the postpartum period, had significantly higher than the control group ($P < 0.001$). Pregnant women in the experimental group had significantly lower systolic and diastolic blood pressure. ($P < 0.001$, $P = 0.015$ respectively). And the pregnant women in the experimental group had severity of the disease from induce hypertension during the antenatal period significantly less than the control group. ($P = 0.041$).

Keywords: pregnant women, induced hypertension, model of care for pregnant women

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ปรากฏอาการในระยะเริ่มแรก หากผู้ป่วยไม่ทราบปัจจัยในการดูแลตนเอง หรือไม่ได้รับการรักษาสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หลอดเลือดแดงในตาเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตเรื้อรังได้ เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ทำให้เกิดไตวายและอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้⁽¹⁾ ในปัจจุบันมีคนไทยมากกว่า 13 ล้านคนป่วยเป็นโรคความดันโลหิต มีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น ที่รู้ตัวและไปปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงจะเกิดโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสรีระเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยง

เด็กทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น ความดันโลหิตในหญิงตั้งครรภ์จึงมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น-ลง ในช่วงระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ มีโอกาสที่จะเกิดได้ทั้งความดันโลหิตต่ำและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะการเกิดความดันโลหิตสูงนั้นสามารถพัฒนาไปสู่ภาวะครรภ์เป็นพิษได้²

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์พบได้ทั่วโลกร้อยละ 5-10⁽²⁾ ในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 1-3⁽³⁾ ถึงแม้จำนวนการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์จะมีไม่มาก แต่ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์นั้น สามารถพัฒนาความรุนแรงของโรคจนเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ทำให้มารดาเสียชีวิตได้ ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายในหญิง

ตั้งครรภ์ รองจากการตกเลือดและการติดเชื้อ⁽⁴⁾ ในทวีปเอเชียพบสาเหตุการตายของมารดาจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 10-15⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีอัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในปี 2559 เท่ากับ 3.5 ในปี 2560 เท่ากับ 3.0 และในปี 2561 เท่ากับ 3.5 ตามลำดับ⁽⁶⁾ อีกทั้งภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ยังส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้นนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จะเกิดความเสี่ยงต่อการชัก การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ การเกิดภาวะของโรคหลอดเลือดสมองอย่างฉับพลัน ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด การแตกตัวของเม็ดเลือดแดง มีการเพิ่มขึ้นของเอนไซม์ตับ และมีปริมาณเกล็ดเลือดลดลง ส่วนผลระยะยาวหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ⁽⁷⁾ ในขณะที่ผลกระทบที่อาจเกิดต่อทารกในระยะสั้น ได้แก่ ทารกเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด โดยพบว่าร้อยละ 15 ของการคลอดก่อนกำหนดเกิดจากมารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์⁽⁸⁾ นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ในระดับรุนแรงอาจทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย เกิดภาวะขาดออกซิเจน หรือเสียชีวิตในครรภ์ได้ ส่วนผลต่อทารกในระยะยาวได้แก่ โรคปอดเรื้อรัง ความผิดปกติของจอประสาทตาในทารกทารกคลอดก่อนกำหนด สติปัญญาต่ำ เป็นต้น⁽⁹⁾ จะเห็นว่าภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญเพราะนอกจากจะเกิดผลกระทบต่อ

มารดาและทารกแล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก ปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปสาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างแน่ชัด มีการศึกษาเพื่อหาวิธีป้องกันและลดอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์จำนวนมาก แต่ก็ไม่ได้มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่าวิธีการใดที่ได้ผลมากที่สุด ทำให้การป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงและควบคุมความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งทำได้ยาก⁽³⁾

ถึงแม้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายได้โดย 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่วะยะเริ่มแรก 2) มีการส่งเสริมให้ความรู้ตั้งแต่ระยะแรกของโรคอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เนื่องจากมีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่มีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะชักนั้น สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากการละเลยในการดูแลตนเอง การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอันเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรค⁽¹⁰⁾ 3) บทบาทของพยาบาลโดยการเฝ้าระวังความเสี่ยงได้แก่ การประเมินประวัติสูติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยระดับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์ และค่าความดันโลหิต ให้ความรู้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงได้แก่ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการรับประทาน อาหารที่มีเส้นใย และมีปริมาณแคลเซียมสูง ให้ความรู้คำแนะนำใน

การปฏิบัติตนเพื่อลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยการสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ จุกแน่น ลิ้นปี่ การนับการเต้นของทารกในครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และการฝากครรภ์ตามนัด เป็นต้น⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลจอมทองมีรูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์จะได้รับการซักประวัติวัดความดันโลหิต และให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตั้งแต่เริ่มการฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ แต่กลับพบว่าสถิติหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจอมทองปี พ.ศ. 2560 จำนวน 1,464 ราย แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 195 ราย (ร้อยละ 13.3) มีภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 57 ราย (ร้อยละ 3.9) ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 1,439 ราย แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 201 ราย (ร้อยละ 14.0) ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 3.8) และในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,554 ราย แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 198 ราย (ร้อยละ 12.7) ภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวน 51 ราย (ร้อยละ 3.3) จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลจอมทองสูงกว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทยที่มีเพียงร้อยละ 1-3 เป็นอย่างมาก อีกทั้งยังมีโอกาสที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ จะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอาการชักและเสียชีวิต ทารกอาจความพิการแต่

กำเนิดหรือเสียชีวิตในครรภ์ได้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรม ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลและให้ความรู้แก่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดขึ้นมาใหม่ โดยใช้วิธี M-E-T-H-O-D ที่จากเดิมนิยมใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเท่านั้น⁽¹³⁾ แต่ผู้วิจัยได้ศึกษาและเล็งเห็นว่า วิธี M-E-T-H-O-D เป็นวิธีการที่ใช้ดูแลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ชัดเจนซึ่งการให้ความรู้ด้วยวิธี M-E-T-H-O-D ประกอบไปด้วย M หมายถึง Medication E หมายถึง Environment T หมายถึง Treatment H หมายถึง Health O หมายถึง Outpatient referral และ D หมายถึง Diet ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำวิธีการให้ความรู้ด้วยวิธี M-E-T-H-O-D มาใช้ร่วมกับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อที่จะสามารถลดการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่มีภาวะรุนแรงได้ และจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทอง

สมมติฐานงานวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบใหม่ มีความรู้ในการดูแลตนเองของหญิง

ตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ตีความหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบปกติ

2. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบใหม่ มีระดับความดันโลหิตดีขึ้นมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบปกติ

3. หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบใหม่ มีความรุนแรงของโรคจากภาวะความดันโลหิตสูงในระยะฝากครรภ์น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบปกติ

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบแบบการทดลองแบบสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่สัปดาห์ 28 และหลังหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตร และกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ร่วมกับวิธี M-E-T-H-O-D ในการฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่สัปดาห์ 28 และหลังหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตร โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมที่ได้รูปแบบการดูแลแบบปกติก่อน 35 ราย จากนั้นจึงดำเนินการให้รูปแบบการดูแลแบบใหม่แก่กลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย

ประชากร

ประชากรคือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจอมทอง และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 70

ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 ราย และกลุ่มควบคุม 35 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมที่ได้รูปแบบการดูแลแบบเดิมก่อน 35 ราย จากนั้นจึงดำเนินการให้รูปแบบการดูแลแบบใหม่แก่กลุ่มทดลองจำนวน 35 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการโดยใช้สูตรการหาขนาดตัวอย่างในงานวิจัยประเภทที่ต้องการหาค่าเฉลี่ยการศึกษา (Testing two independent means) ในคน 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁴⁾ โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 16.52 ± 1.90 คะแนน และกลุ่มทดลองเท่ากับ 18.42 ± 2.93 คะแนน ใช้กำลังการทดสอบเท่ากับ 0.90 ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ทดสอบ 2 ทิศทาง วัฏระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดบุตรกับโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง
3. สุขภาพทารกในครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. การรับรู้ปกติ สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูด และสื่อสารภาษาไทยได้ดี
5. ยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ วิจัย

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษ ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก

2. มีปัญหาบกพร่องด้านสติปัญญาและความคิด เช่น ปัญญาอ่อน ภาวะสมองเสื่อม

3. ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และยินดียินยอมลงนามในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถจะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับไม่มีการระบุตัวตน และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ รูปแบบการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลจอมทองแบบเดิม คือ กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และ รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด แบบใหม่ที่มีกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร่วมกับการดูแลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยวิธี M-E-T-H-O-D

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ศาสนา จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการมีภาวะครรภ์เป็นพิษ โรคประจำตัว อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ ค่า

ความดันโลหิตในการวัดครั้งแรกในวันที่มาฝากครรภ์ กับหลังคลอด และระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นระหว่างการฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด และแบบประเมินความรู้ ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบได้คำตอบเดียวจาก 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น ตอบถูก ได้เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิดได้เท่ากับ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom¹⁵ คือ ระดับสูง (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) และคะแนนระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ดังนี้

คะแนน	ระดับความรู้	
0.0 - 11.9	หมายถึง	ต่ำ
12.0 - 15.9	หมายถึง	ปานกลาง
16.0 - 20.0	หมายถึง	สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด มีภาวะความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลจอมทองแบบใหม่ที่มีกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ร่วมกับการดูแลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยวิธี M-E-T-H-O-D ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยจะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 3 ท่าน

เพื่อขอรับคำแนะนำและข้อเสนอแนะ โดยประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะปรับแก้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ตามข้อเสนอแนะ และจะนำไปทดลองใช้กับหญิงหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจำนวน 5 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นจะนำมาปรับแก้ให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจำนวน 15 ราย และนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ให้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.811 แสดงว่าแบบประเมินมีความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-Square

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ในการวัดครั้งแรกในวันที่มา

ฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

5. เปรียบเทียบผลต่างของระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ในการวัดครั้งแรกในวันที่มาฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 57.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 100.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปวช./ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 37.1 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 37.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.4 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 65.7 ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ไม่มีโรคประจำตัว และฝากครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ย 19.07 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 65.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 100.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 40.0 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 45.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.1 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 77.1 ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ ไม่มีโรคประจำตัว และฝากครรภ์เมื่อมีอายุครรภ์เฉลี่ย 17.77 สัปดาห์ เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทางสถิติ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา จำนวนการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ โรคประจำตัว และอายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง (n=35)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 20 ปี	2	5.7	1	2.9	0.867
21 – 30 ปี	12	34.3	10	28.6	
31 – 40 ปี	20	57.1	23	65.7	
41 – 50 ปี	1	2.9	1	2.9	
สถานภาพสมรส					
สมรส	35	100.0	35	100.0	NA
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2	5.7	1	2.9	0.567
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	11.4	7	20.0	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	28.6	14	40.0	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	13	37.1	9	25.7	
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	17.1	4	11.4	
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
ไม่เกิน 5,000 บาท	5	14.3	9	25.7	0.352
5,001-10,000 บาท	13	37.1	16	45.7	
10,001- 15,000 บาท	12	34.3	7	20.0	
มากกว่า 15,000 บาท	5	14.3	3	8.6	
ศาสนา					
พุทธ	32	91.4	34	97.1	0.303
คริสต์	3	8.6	1	2.9	
การตั้งครรภ์นี้เป็นครรภ์ที่					
ครรภ์ที่ 1	7	20.0	6	17.1	0.431
ครรภ์ที่ 2	23	65.7	27	77.1	
ครรภ์ที่ 3	5	14.3	2	5.7	
มีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ					
ไม่มี	35	100.0	35	100.0	NA
โรคประจำตัว					
ไม่มี	35	100.0	35	100.0	NA
อายุครรภ์ที่เริ่มฝากครรภ์ (สัปดาห์)					
Mean $\pm$ SD	19.06	$\pm$ 4.24	17.77	$\pm$ 4.41	0.311

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.77 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.77 และหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

เฉลี่ยเท่ากับ 14.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.99 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	P-Value
กลุ่มควบคุม	35	10.77	1.77	< 0.001*
กลุ่มทดลอง	35	14.09	1.99	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับความดันโลหิต systolic ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม ในวันที่ฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 145.00 และหลังคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 146.40 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ระดับความดันโลหิต systolic ในวันที่ฝากครรภ์และหลังคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.031$) และมีระดับความดันโลหิต diastolic วันที่ฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 92.66 และหลังคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 93.69 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ระดับความดันโลหิต diastolic ในวันที่ฝากครรภ์และหลังคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.373$)

ระดับความดันโลหิต diastolic ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง ในวันที่ฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 149.06 และหลังคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 146.63 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า

ระดับความดันโลหิต systolic ในวันที่ฝากครรภ์และหลังคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.004$) และมีระดับความดันโลหิต diastolic วันที่ฝากครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 90.46 และหลังคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 87.89 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ระดับความดันโลหิต diastolic ในวันที่ฝากครรภ์และหลังคลอด ของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.012$)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับดันโลหิต systolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 หน่วย และกลุ่มทดลองมีค่าลดลงเฉลี่ย 2.43 หน่วย เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับดันโลหิต systolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอด ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.004$) และ ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับดันโลหิต diastolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมมีค่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 1.03 หน่วย และกลุ่มทดลองมีค่าลดลงเฉลี่ย 2.57 หน่วย เมื่อทำการเปรียบเทียบ

ทางสถิติพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยระดับดันโลหิต diastolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.015$) ความดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ในการวัดครั้งแรกในวันที่มาฝากครรภ์กับหลังคลอดของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean	SD	P-Value
กลุ่มควบคุม				
ระดับความดันโลหิต systolic				
วันที่ฝากครรภ์	35	145.00	4.76	0.031*
หลังคลอด	35	146.40	3.67	
ระดับความดันโลหิต diastolic				
วันที่ฝากครรภ์	35	92.66	5.64	0.373
หลังคลอด	35	93.69	3.92	
กลุ่มทดลอง				
ระดับความดันโลหิต systolic				
วันที่ฝากครรภ์	35	149.06	2.89	0.004*
หลังคลอด	35	146.63	3.97	
ระดับความดันโลหิต diastolic				
วันที่ฝากครรภ์	35	90.46	4.26	0.012*
หลังคลอด	35	87.89	4.89	
ผลต่างของระดับความดันโลหิต systolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	35	-1.40	3.81	<0.001*
กลุ่มทดลอง	35	2.43	4.58	
ผลต่างของระดับความดันโลหิต diastolic ระหว่างวันที่ฝากครรภ์กับหลังคลอด				
กลุ่มควบคุม	35	-1.03	4.46	0.015*
กลุ่มทดลอง	35	2.57	5.86	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในระยะการฝึกครุฑของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมพบว่า เพิ่มขึ้นร้อยละ 31.4 และในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.4 เมื่อทำการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ความรุนแรง

ของภาวะความดันโลหิตสูงของหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P=0.041$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นในระยะการฝึกครุฑของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง	กลุ่มควบคุม (n=35)		กลุ่มทดลอง (n=35)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่เพิ่มขึ้น	24	68.6	31	88.6	0.041*
เพิ่มขึ้น	11	31.4	4	11.4	
(เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษในระยะฝึกครุฑ)					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะฝึกครุฑจนถึงระยะหลังคลอด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และปัจจุบันก็ยังไม่มีความรู้ที่ชัดเจน การนำวิธี M-E-T-H-O-D มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตสูง สามารถทำให้หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic และความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงลดลงด้วย

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝึกครุฑจนถึงระยะหลังคลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลจอมทอง พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบใหม่ มี

ความรู้ในการดูแลตนเองดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลและให้ความรู้แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เป็นเพราะหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่ใช้ความรู้แบบทั่วไป ทำให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรู้ และเข้าใจที่ตรงจุด⁽¹⁶⁾ ได้รับความรู้เพิ่มเติม และได้รับการทบทวนความรู้ตามวิธีของ M-E-T-H-O-D ที่ประกอบไปด้วย สาเหตุ อาการและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะโรคความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ความรุนแรงของภาวะโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาภาวะโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคในการรักษาภาวะโรคความดันโลหิตสูง การแนะนำการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนวิธีการสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การให้ความสำคัญของการมา

ตรวจตามนัด และการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นต้น หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจหรือมีความเข้าใจผิดในเรื่องใดก็ จะมีการให้ความรู้ซ้ำ และเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสซักถามและแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับโรงเรียนพ่อแม่ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เท่านั้น⁽¹⁷⁾ และได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์จากพยาบาลประจำคลินิก ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำโดยทั่วไปเท่านั้น จึงเป็นสาเหตุให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลตนเองดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยของพรศิริ เสนอิริ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการประเมินประสิทธิผลหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของวัชรวิจิตรนาวิและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่าหลังได้รับรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายแบบใหม่ ความรู้ในการดูแลตัวเองหลังคลอดของมารดาสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของชินณพัฒน์ พรหมพันธ์⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลเนินยาง อำเภอ

คำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความรุนแรงของโรคจากภาวะความดันโลหิตสูงในระยะฝากครรภ์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เป็นเพราะหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรค⁽¹⁰⁾ ได้รับข้อมูลความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องเหมาะสมจนเกิดความเชื่อมั่น⁽¹⁶⁾ ทำให้เกิดการตระหนักและมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองจนนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ดี⁽²⁰⁾ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับความรู้เป็นลักษณะทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจง ไม่ได้รับการสอนและการชี้แนะที่เพียงพอ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมละเลยในการดูแลตนเอง จนไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และความรุนแรงของโรคจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ เสนอิริ และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic ในสัปดาห์ที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 8

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตสูงที่มีโปรตีนในปัสสาวะมีจำนวนลดลง ไม่พบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะเกิน +1 ไม่มีอาการปวดศีรษะ อาการตาพร่ามัว อาการจุกแน่นลิ้นปี่ และอาการชัก และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ คำของ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ พบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีอัตราการเกิดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ คือความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีโปรตีนในปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และร้อยละของการเกิดอาการปวดศีรษะ อาการตาพร่ามัว และอาการจุกแน่นลิ้นปี่ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรจิตรนาวิและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาเรื่องผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าความดัน systolic ก่อนการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 159.3 มิลลิเมตรของปรอทและค่าความดัน diastolic ก่อนการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 101 มิลลิเมตรของปรอท และค่าความดันโลหิตหลังการวางแผนจำหน่าย โดยวัดหลังจากจำหน่ายกลุ่มตัวอย่าง 2 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยความดัน systolic หลังการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 123 มิลลิเมตร

ของปรอท และค่าความดัน diastolic หลังการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย 70.1 มิลลิเมตรของปรอท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการดูแลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยวิธี M-E-T-H-O-D ไปใช้ในการให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ตรวจพบภาวะนี้ ควรให้ความรู้และวัดความรู้ทุกครั้งที่ยุติตั้งครรภ์มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความคงทนในการดูแลตนเองที่ดีมากขึ้นตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ และส่งผลให้อัตราการเกิดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ลดลง

2. ควรมีประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด โดยวิธี M-E-T-H-O-D เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่มีความพร่องในการดูแลตนเองและต้องการการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ เช่น เป็นโรคไต เป็นโรคเบาหวานชนิดต้องพึ่งพาอินซูลิน เป็นโรคหัวใจ หรือติดยาเสพติดหรือสุรา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาทบทวนความรู้เชิงประจักษ์ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงแนวทางรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงให้เหมาะสมทันสมัยกับ

เหตุการณ์และบริบทของหน่วยงานอยู่เสมอ เพื่อที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมาตรฐาน หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ มีความปลอดภัยตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะหลังคลอด และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การวิจัยในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิต ที่มารับบริการที่หน่วยฝากครรภ์ของโรงพยาบาลจอมทองเท่านั้น

จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลจอมทอง ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทพื้นที่อื่นๆ และขยายขอบเขตของงานวิจัยให้มากขึ้น โดยศึกษาขยายกลุ่มตัวอย่างออกไปในระดับภูมิภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. เชียงใหม่: ทริคอิงค์; 2562.
2. Cunningham, F. G., Leveno, K.L., Bloom, S.T., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B. L., Sheffield, J.S. Hypertensive disorders in pregnancy. Williams Obstetrics. (24thed.). Boston: Mc Graw-Hill. 2014.
3. โรงพยาบาลเปาโล. ความดันโลหิตของคุณแม่ตั้งครรภ์. [ออนไลน์]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2563 กุมภาพันธ์ 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/phahol/Article/Details/บทความ-แม่และเด็ก/ความดันโลหิตของคุณแม่ตั้งครรภ์>.
4. World Health Organization. Maternal mortality. [Internet]. 2020. [cited 2020 February 15]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
5. Rudra, P., Basak, S., Patil, D., & Latoo. M. Y. Recent advance in management of pre-eclampsia. British Journal of Medical Practitioners. 2011;4(3): 433-441.
6. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
7. Lopez-Jaramillo, P., Pradilla, L. P., Castillo, V. R., & Lahera, V. Socioeconomic pathology as a cause of regional differences in the prevalence of metabolic syndrome and pregnancy-induced hypertension. Revista Española de Cardiología (English Edition). 2007; 60(2): 168-178.
8. Roberts, J. M., Balk, J. L., Bodnar, L. M., Belizan, J. M., Bergel, E., & Martinez, A. Nutrient involvement in preeclampsia. The Journal of nutrition. 2003; 133(5): 1684-1692.
9. Barton, J. R., & Sibai, B. M. Prediction and prevention of recurrent preeclampsia. Obstetrics & Gynecology. 2008; 112(2): 359-372.

10. พรศิริ เสนอิริ, สุดใจ ศรีสงค์, ศิริรัตน์ อินทรเกษม, รัชมีแข พรหมประกาย, & ขวัญฤดี โกพลรัตน์. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36(2): 234-245.
11. สุชาดา เตชะวาทกุล. บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. วารสารการพยาบาล. 2558; 22(2): 7-19.
12. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สมาเจริญพานิชย์; 2547.
14. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทย์พัฒน์ จำกัด; 2558.
15. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Book 1: Cognitive domain. New York: Longman; 1979.
16. Osborn, Chandra Y., & Leonard E. Egede. Validation of an information-motivation-behavioral skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). Patient education and counseling. 2010; 79(1): 49-54.
17. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรงเรียนพ่อแม่เพื่อลูกรัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์; 2559.
18. วชิร จิตรนาวิ, เบญจศิริ สกุลเทพ, ดวงใจ วุฒิชาน, & บุญญรัตน์ ชุงสุวรรณ. The effect of discharge planning in maternal postpartum severe preeclampsia. Region 11 Medical Journal. 2017; 31(1): 165-170.
19. ชินณพัฒน์ พรหมพันธ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ฐานการเรียนรู้เพื่อจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลเนินยาง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2561.
20. Pender NJ, Murdaugh CL, & Parsons MA. Health promotion in nursing practice.(6thed.). Boston:Pearson. 2011.
21. เสาวลักษณ์ คำทอง. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2551.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for The Patients with Acute Ischemic Stroke of Rong Kwang Hospital Phrae Province.

นารีรัตน์ แก้วสุทธิ^{1*}, กรรณิการ์ ชัยนันท์², นางสัญญา สิริพงศ์พันธ์¹

โรงพยาบาลรื่องกวาง¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่²

Corresponding author, E-mail: nareerat_kok@hotmail.com

(Received: Jan 10, 2020; Revised: Mar 12, 2020; Accepted: May 5, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ โดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และระยะเวลาในการเกิดอาการภายใน 2 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล แนวปฏิบัติทางการพยาบาลและแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 และตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.945 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้ 1) ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง และผ่านการประเมินแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREE พบว่าคุณภาพของแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง ร้อยละ 84.73 2) ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า พยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย หลังจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 29 นาที จากเดิมเวลาเฉลี่ย 40 นาที ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติมีแนวโน้มในการลดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาทักษะของพยาบาลในการซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่เร็วขึ้น และการทำวิจัยเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ABSTRACT

This developmental study aimed to develop the clinical nursing practice guidelines for the patients with acute ischemic stroke of Rong Kwang Hospital in Phrae Province. Soukup's evidence-base nursing practice was adopted as the study framework in the practice guidelines. The sample consisted of 1) 8 professional nurses who worked at the emergency department. 2) 10 patients with acute ischemic stroke who have symptoms within 2.30 hours and receive treatment in the emergency department. The instruments used in the study were questionnaires of nurses. Nursing Practice Guidelines and Nursing Record Form for Stroke Patients. Its contents validity had been approved by 3 experts and the Index of Item-Objective Congruence were 0.6 – 1.0 as well as the Cornbrash's Alpha Coefficient were 0.945. The data were used descriptive statistical analysis.

The results of this study indicated that 1) There are nursing practice guidelines for acute ischemic stroke patients. Rong Kwang Hospital. The quality of the guideline is 84.73% practical, through the evaluation of the guideline using AGREE. 2) all 8 participated nurses agreed that it was plausible to implement these CNPGs. Most nurses satisfied at highest level (75%). 3) The average time of patient transferring was declined from 40 minutes to 29 minutes. It is recommended that nurse should be trained on health assessment of the neurological, especially signs of acute ischemic stroke. Further study should evaluate the effectiveness of the clinical nursing practice guidelines.

Key word: Clinical Nursing Practice Guideline, Acute ischemic stroke patients

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก (Clinical syndrome) ที่ประกอบด้วยลักษณะของอาการทางประสาทบกพร่องที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดง อยู่ยาวนานกว่า 24 ชั่วโมงและมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากหลอดเลือดสมองที่อุดตัน หรือตีบของเส้นเลือดทำให้เกิดเนื้อสมองตาย (Cerebral infraction) หรือเกิดจากการแตกของเส้นเลือด ทำให้มีเลือดออกในเนื้อสมอง (Cerebral hemorrhage)⁽⁴⁾

ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเนื้อสมอง ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับขนาดและบริเวณของสมองที่ขาดเลือด และระยะเวลาการขาดเลือดของสมองจะทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาหนึ่ง และจะเสียการทำงานอย่างถาวรเมื่อขาดเลือดนานกว่า 3 – 6 ชั่วโมง อาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ อาการที่พบบ่อยเกิดขึ้นทันทีทันใด ได้แก่ การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณหน้า แขนหรือขาอ่อนแรงและเป็นซีกใดซีกหนึ่งของลำตัวทำให้เดินเซ หรือเสียการทรงตัว นอกจากนี้ยังพบอาการพูดจาสับสน

หรือไม่ชัด การมองภาพไม่ชัดเจนอาจเป็นที่ตาข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง หรือมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่ทราบสาเหตุ⁽⁷⁾ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของการเกิดโรค ในกรณีโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากอุดตันและทำให้สมองขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอาการมาไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ⁽⁹⁾ แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ทางหลอดเลือดดำยาที่ใช้ คือ Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันช่วยให้เลือดไหลไปเลี้ยงบริเวณที่มีพยาธิสภาพได้อีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้เนื้อสมองของผู้ป่วยถูกทำลายน้อยลงและสามารถฟื้นกลับมาเป็นปกติได้ และช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้⁽⁸⁾ เมื่อติดตามไปนาน 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยได้รับ rt-PA ไม่มีความพิการเกิดขึ้นร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 12 มีอาการดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบประสาทเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมองซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยพิการตามมาและมีอันตรายต่อชีวิตได้⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศ ที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับหนึ่ง 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง ผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 100 คน จะเสียชีวิต 15 คน ส่วนที่รอดชีวิต 85 คน จะมีความพิการสูงถึง 40 คน พิการเล็กน้อย 25 คน ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 10 คน และมีเพียง 10 คนเท่านั้นที่จะสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ⁽¹¹⁾ ความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นความพิการที่พบเป็นอันดับ 6 โดยวัดจาก Disability adjusted life year (DALYs)⁽⁴⁾ และจะเพิ่ม

ความสำคัญขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป 4 โรคนี้นอกจากกระทบต่อตัวผู้ป่วยครอบครัวยังมีผลต่อสังคมและเศรษฐกิจสูงมาก⁽¹⁾

โรงพยาบาลร้องกวาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลจังหวัดแพร่ 25 กิโลเมตร และเป็นเครือข่ายช่องทางด่วน (Stroke fast track) ของโรงพยาบาลแพร่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีจำนวน 84, 112 และ 75 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลร้องกวาง ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 112 ราย พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.21 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.28 มีอุบัติการณ์จากการคัดกรองอาการผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองส่งไปรอพบแพทย์ที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.78 ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อล่าช้า จำนวน 32 ราย คิดเป็น ร้อยละ 28.57 จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลโดยการสอบถามผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการมาโรงพยาบาลล่าช้า พบว่า ผู้ป่วยและญาติยังไม่ตระหนักว่าเป็นโรคที่เร่งด่วนในการรักษาเนื่องจากมีอาการไม่มาก โดยรอดูอาการและไม่ทราบแนวทางการรักษาในปัจจุบัน ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ทำให้การมารับการรักษาล่าช้านั้นเกิด จากความห่างไกลจากโรงพยาบาล ขณะเกิดอาการมีอาการทาง

ระบบประสาทเล็กน้อยถึงปานกลาง⁽¹²⁾ ส่วนการประเมินระยะเวลาในการจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2560 ระยะเวลาเฉลี่ย 36.12 นาที จากมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยใช้เวลาในการคัดกรองภายใน 3 นาที ได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน 10 นาที และได้รับการส่ง CT Scan ภายใน 25 นาที และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที⁽⁷⁾ ซึ่งโรงพยาบาลร้องกวางไม่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแพร่ ในการดูแลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลร้องกวาง จึงอ้างอิงกับเวลามาตรฐานโดยตั้งเป้าหมายในการใช้เวลาในการจัดการดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาที ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งส่งตัวออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลร้องกวางมีการบริการระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในการให้บริการแบบช่องทางด่วนบริการในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันและเกิดอาการภายในเวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะทำการคัดกรองโดยใช้แนวทาง FAST; face, arm, speech, time⁽¹¹⁾ เป็น การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้แก่กลุ่มอาการ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใด ข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด กรณีให้บริการในเวลาราชการเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลพนักงานเปลและพยาบาลคัดกรองจะคัดกรองอาการเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีกลุ่มอาการเข้าข่าย FAST จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที ส่วนกรณีให้บริการนอกเวลาราชการ

พนักงานเปลจะนำผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการเข้าข่าย FAST มาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทันที

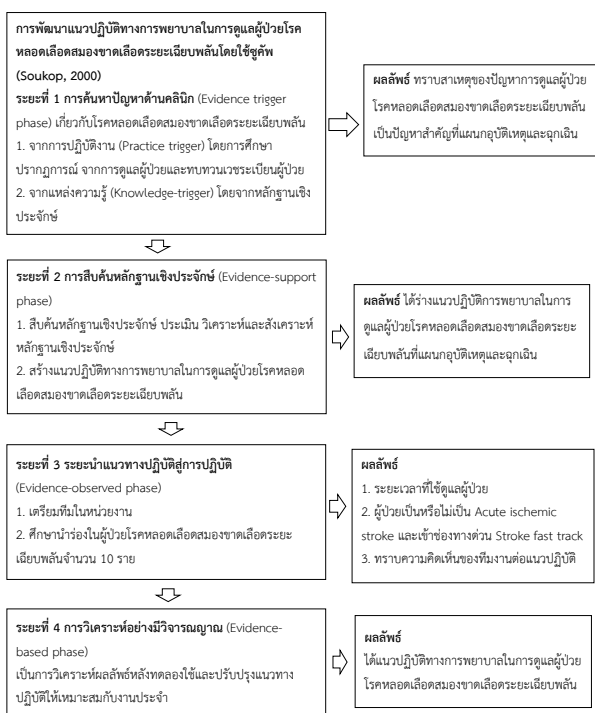
จากอุบัติการณ์ของหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ล่าช้าในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวน 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.68 ได้ทำการทบทวนการดูแลผู้ป่วย โดยการตามรอยทางคลินิก (Clinical tracer) โดยอาศัยกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบปัญหา คือ 1) ด้านการคัดกรองผู้ป่วยล่าช้าเนื่องจากอาการผู้ป่วย ไม่ชัดเจนทำให้การคัดกรองลำบากเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงมาด้วยอ่อนแรงแขนหรือขาข้างเดียวซึ่งไม่ได้อ่อนแรงครึ่งซีก และในส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการไม่พูดหรือพูดไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถบอกอาการและเวลาที่เกิดอาการได้จะต้องรอถามอาการจากญาติที่เห็นเหตุการณ์ ต้องใช้เวลามากขึ้นในการประเมินคัดกรองอาการ 2) จากการชักประวัติเวลาที่เกิดอาการ ไม่ได้เวลาที่เกิดอาการจริง โดยนับเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการหลังตื่นนอน ซึ่งไม่ใช่เวลาที่เกิดอาการจริงของผู้ป่วยทำให้จะต้องมีการชักประวัติใหม่ เพื่อให้ได้ระยะเวลาที่เกิดอาการจริง 3) การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุมทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ไม่ได้ให้ผู้ป่วยยิ้มหรือยักฟัน ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ไม่ได้ตรวจความผิดปกติของลิ้นผู้ป่วย และบางรายไม่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อแยกภาวะระดับน้ำตาลต่ำ ในกระแสเลือด รวมทั้งทำกิจกรรมที่ไม่จำเป็นต้องทำในขณะนั้น เช่น ส่งตรวจ CBC และ Electrolyte จากที่ไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสทอง (Golden period) ที่จะเป็นโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดความพิการตามมา

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้โมเดลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง Sister Maurita Soukup (2000) ในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ เนื่องจากเหมาะกับบริบทของหน่วยงานที่ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติและมีขั้นตอนกระบวนการที่ชัดเจน ครอบคลุมมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสามารถปรับปรุงแก้ไข มีการทบทวนแนวทางอย่างเป็นระบบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการปฏิบัติทางการพยาบาลตามขั้นตอนของซุคัพโมเดล (The Soukup Model)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operational research) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้ศึกษาได้เลือกรูปแบบการพัฒนาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของ Sister Maurita Soukup (2000) โดยมีผู้ร่วมพัฒนาและกลุ่มเป้าหมายแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1.1 แพทย์ประจำโรงพยาบาลรื่องขวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 1 คน

1.2 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน

1.3 พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จำนวน 1 คน

2. ทีมผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจำนวน 8 คน มีสมรรถนะเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อเป็นแกนหลักในการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ

3. กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวดี ไม่ได้รับอุบัติเหตุทางสมอง อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีกลุ่มอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง พูดไม่ชัด พูดไม่ออก

เกิดอาการภายใน 2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่มาได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 10 ราย

ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิกจาก

ตัวกระตุ้น (Evidence trigger phase)

มีการค้นหาปัญหาและกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยทีมพัฒนา คือแพทย์ จำนวน 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 3 คน มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประเด็นปัญหาการเข้าถึงการรักษาล่าช้า การดูแลผู้ป่วย และความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ดังนี้

1. ตัวกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติ (Practice triggers)

1.1 จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ 2559 - 2561 มีจำนวน 84, 112 และ 75 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลรื่องกวาง ในปีงบประมาณ 2560 มีจำนวนผู้ป่วย 112 ราย พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) จำนวน 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.21 เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.28 มีอุบัติการณ์จากการคัดกรองอาการผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองส่งไปรพพบแพทย์ที่ตึกผู้ป่วยนอก

จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.78 ผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการส่งต่อล่าช้าจำนวน 32 รายคิดเป็นร้อยละ 28.57 แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ ได้แก่ ก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) และในโรงพยาบาล (In-hospital) วิเคราะห์สาเหตุจากการที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติถึงสาเหตุการมาโรงพยาบาลล่าช้า พบว่า 1) ผู้ป่วยและญาติยังไม่ตระหนักว่าเป็นโรคที่เร่งด่วนในการรักษาเนื่องจากมีอาการไม่มาก โดยรอดูอาการ และไม่ทราบแนวทางการรักษาในปัจจุบัน 2) จากการซักประวัติเวลาที่เกิดอาการไม่ได้เวลาที่เกิดอาการจริง 3) การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุมทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง 4) เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจรายงานแพทย์เนื่องจากจัดลำดับความเร่งด่วนไม่เหมาะสม 5) การประสานส่งต่อ ทำหลังจากแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเข้าข่าย stroke fast track ทำให้ต้องรอรถส่งต่อโรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย

1.2 จากการสังเกตการณ์ปฏิบัติงานและการสอบถามของพยาบาลวิชาชีพในทีมที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 8 คน ถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้เป็นปัจจัยเกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย

1.3 จากการตามรอยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ตั้งแต่การเข้าถึงการรับบริการ การคัดกรอง การประเมินอาการเบื้องต้น การให้การดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพจะทำการคัดกรอง ซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญระยะเวลาในการเกิดอาการ ประเมินการ

ตรวจร่างกายทางระบบประสาทเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และรายงานแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็นได้แก่ CBC, Electrolyte ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทำให้เกิดการล่าช้าในการรอคอยผลเลือดส่งผลให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2. ศึกษาตัวกระตุ้นจากความรู้ที่ค้นคว้า (knowledge triggered) โดยดำเนินการทบทวนงานวิจัย ตำรา บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากข้อค้นพบ ถึงวิธีการจัดการและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสามารถรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้ แต่จะต้องมาให้ทันเวลาภายใน 4.5

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase)

หลังจากได้ประเด็นปัญหา ที่ทีมพัฒนาร่วมกันทำการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก มาสรุปเป็นองค์ความรู้ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยทำการสืบค้นรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน งานวิจัยด้านคลินิกประเภทพหุภูมิ งานวิจัยด้านคลินิกประเภทหัตถิภูมิ และแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สังเคราะห์ได้ไปศึกษานำร่อง (Evidence-observed phase)

1. นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ได้จากการทบทวน ขออนุญาตต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ร้องกว้าง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ไปใช้ในหน่วยงาน

2. ชี้แจงแนวทางเพื่อทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อที่ประชุมผู้ปฏิบัติการพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันไปศึกษานำร่องในผู้ให้บริการและผู้รับบริการประกอบด้วยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจำนวน 8 คนและผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ราย

4. ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล 2) ผู้ป่วยเป็น Acute ischemic stroke หรือไม่และให้บริการแบบช่องทางด่วน (Stroke fast tract) หรือไม่ และ 3) ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับพยาบาลผู้ปฏิบัติในประเด็นความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

ระยะที่ 4 การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ (Evidence – based phase)

โดยการวิเคราะห์ผลลัพธ์หลังทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข จนสามารถเป็นแนวปฏิบัติที่เหมาะสมนำไปสู่การปฏิบัติกับงานประจำได้จริง จัดทำเป็นแนวปฏิบัติให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลลงนามประกาศใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลร้องกว้าง

เครื่องมือการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 1 ชุด ได้แก่

1.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านข้อมูลทั่วไป และด้านความคิดเห็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ให้บริการผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็น แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติดูแลผู้ป่วยซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่ามาตราลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้ผู้ตอบพิจารณาเลือกคำตอบดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยมากที่สุด, 4 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยมาก, 3 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยปานกลาง, 2 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยน้อย, 1 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีหัวข้อในการประเมิน ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง 2) มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล 3) มีความสะดวกในการใช้งาน 4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ 5) ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ

เกณฑ์การแปลผล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วงระดับคะแนน ใช้แนวคิดของ Best (2006)³ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.39	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษา

2.1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

2.2 แบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke) สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคประสาทแห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2550

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการศึกษา

โครงการการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามเลขที่อนุมัติจริยธรรมคือ PPH เลขที่ 009/2563 ทั้งนี้ในการดำเนินการจะมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา และระยะเวลาในการศึกษา การนำเสนอข้อมูลการศึกษานี้ เป็นการนำเสนอการวิเคราะห์และการอภิปรายผลในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกกลุ่ม ไม่ว่าปัจจุบันหรืออนาคต และเมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมแล้วจะมีการดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรื่องกวาง และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลให้ทำการศึกษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีส่วนในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษา
ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาล
วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของพยาบาลผู้
ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใช้สถิติเชิง
พรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ
ความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

จากผลการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไป
ศึกษานำร่องในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ 2561
ผู้ศึกษาขอเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน**

**ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก
(Evidence trigger phase)**

1. ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน (Practice
trigger) ได้ประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยและญาติ ไม่ทราบว่าเป็น
อาการที่ต้องมาโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนเนื่องจากมี
อาการไม่หนักมาก จึงรอดูอาการ รอญาติ รอรถ (จาก
เวชระเบียน) จากการสอบถามผู้ป่วยบางรายที่มาล่าช้า
จะทำการดูแลตนเองก่อนโดยไปรักษาที่คลินิก หาซื้อ
ยามารับประทานเอง และไปรักษาแบบแพทย์แผนไทย

1.2 ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มีประวัติ
ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้สูงอายุ และ
เคยเป็น TIA มาก่อน (จากเวชระเบียน)

1.3 การปฏิบัติงานของพยาบาล
วิชาชีพที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้การดูแลตาม
แนวทางของแพทย์ ไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใน
การดูแลผู้ป่วย โดยการดูแลผู้ป่วยไม่มีระยะเวลาเป็น
ตัวกำหนดในการปฏิบัติเมื่อพบว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้าข่าย
ในการให้บริการแบบ Stroke fast track ทำให้บริหาร
เวลาไม่เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยให้เกิดความล่าช้า

1.4 การประเมินคัดกรองผู้ป่วยไม่
เป็นไปตาม FAST การซักประวัติไม่ครอบคลุม เช่น ไม่
ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรค ไม่ได้
ระยะเวลาการเกิดอาการที่เกิดจริง การตรวจร่างกาย
ทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง
ไม่ครบถ้วน

1.5 การประสานงานไม่สอดคล้อง
กับความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย เช่น รายงานแพทย์
และการประสานส่งต่อล่าช้า

2. จากการศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้
(Knowledge trigger) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเพื่อให้ผู้ป่วย
เข้าถึงบริการได้ทันเวลานั้น จะต้องมียุทธศาสตร์/แนวทาง
ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย คือ 1) การประเมิน
อาการตั้งแต่แนวทางการคัดกรอง การซักประวัติปัจจัย
เสี่ยงของผู้ป่วยและการตรวจระบบประสาทเกี่ยวกับ
โรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้น 2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจ
โดยแพทย์เพื่อให้การตัดสินใจในการรักษาและยืนยัน
ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด 3) การส่ง
ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสามารถให้ยาละลาย
ลิ่มเลือดได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยลดความพิการและเสียชีวิต

ระยะที่ 2 การทบทวนและสืบค้นหลักฐาน เชิงประจักษ์ (Evidence Support Phase)

ทีมพัฒนา พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ควรประกอบไปด้วย

1. ช่วงเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1 ช่วงเวลาที่ 1-5 นาที ทำการประเมินคัดกรองเกี่ยวกับอาการเบื้องต้นของโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ช่วงเวลาที่ 6-10 นาที ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคโดยแพทย์

1.3 ช่วงเวลาที่ 11-30 นาที กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในนาที่ที่ 1 ถึงนาที่ที่ 30 ประกอบด้วย

นาที่ที่ 1- 5 การคัดกรองอาการเบื้องต้น

2.1 การคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ FAST เป็นเครื่องมือในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 3 นาที FAST ประกอบด้วย F = Face: Facial weakness, Facial palsy ได้แก่ อาการปากเบี้ยว มุมปากตก A = Arm: Arm weakness ได้แก่ แขนอ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง S = Speech: Speech impairment ได้แก่ การพูดลาบาก การพูด ไม่ชัด T = time to onset: เวลาเริ่มมีอาการ

2.2 ชักประวัติระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การรักษาของแพทย์5 การจัดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเข้ามาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เทียบเท่ากับโรคหัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลันและผู้ป่วยขาดเจ็บหนัก10 ระดับความรุนแรงสามารถใช้ GCS หรือNIHSS

2.3 การประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยใช้หลัก ABCD ได้แก่ Airway: ประเมินทางเดินหายใจ การพูด การกลืน จัดให้อนศีรษะสูง 20 – 30 องศา ควรงดน้ำงดอาหาร Breathing: ประเมินอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ ฟังเสียงปอด ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดและให้ออกซิเจนถ้าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดน้อยกว่า 92-95% Circulation: ประเมิน อัตราการเต้นของหัวใจ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระดับความดันโลหิต เพราะถ้าเกิดความดันโลหิตต่ำจะทำให้สมองขาดออกซิเจน Disability: ประเมิน Glasgow Coma Scale (GCS) และระดับน้ำตาลในเลือด กรณีมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg/dl ดูแลให้ได้รับ 50 % glucose 50 ml ทางหลอดเลือดดำ หรือระดับน้ำตาลสูงกว่า400 mg/dl รีบรายงานแพทย์เพื่อให้อินซูลิน5

2.4 ประเมินปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจชนิด AF TIA ผู้สูงอายุ ระดับไขมันในเส้นเลือด ประวัติการสูบบุหรี่12

2.5 รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบความผิดปกติตามที่กล่าวในข้างต้น5

นาที่ที่ 6-10 การได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์

2.6 ประเมินอาการทันทีและรีบวินิจฉัยโดยมีแนวทางที่ใช้คือ Stroke scale Score และรีบส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ CT Scan¹²

2.7 จัดการให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml¹⁰

2.8 การประเมินด้านชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการมีการตรวจ Electrolyte, CBC, Coagulation เช่น PT, INR, PTT, UA¹⁰

2.9 ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด⁵

นาที่ที่ 10-30 การส่งต่อผู้ป่วย

2.10 การเตรียมส่งต่อ การเตรียมการส่งต่อ 5

1) การเตรียมผู้ป่วย โดยประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทก่อนส่งผู้ป่วย⁵

2) ตรวจสอบเอกสาร ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและอุปกรณ์ที่จำเป็น

2.11 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว ถึงแผนการรักษา

2.12 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก

3. ผลการยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประกอบด้วย

3.1 ชื่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.2 เนื้อหาของแนวปฏิบัติประกอบด้วยกรอบระยะเวลาภายใน 1-5 นาที่ในการประเมิน

คัดกรองอาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาที่ 6-10 นาที่ ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นและได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ และระยะเวลาที่ 11-30 นาที่ในการส่งต่อผู้ป่วย

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติ (Evidence – observed phase)

ทีมพัฒนาได้ทำความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พร้อมทั้งสอบถามและประเมินความคิดเห็น ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีความเข้าใจดีขึ้นเกี่ยวกับการซักประวัติเรื่องเวลาที่เกิดอาการ การตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และการให้บริการเกี่ยวกับระบบช่องทางด่วน

ส่วนที่ 2 ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ด้านความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง พบว่า แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงในระดับมาก ร้อยละ 75 มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีความสะดวกในการใช้งาน ในระดับมาก ร้อยละ 75 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 75 ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 75 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความคิดเห็นของพยาบาลที่มีต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (n=8)

หัวข้อประเมิน	ความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง	2 (25)	6 (75)	0	0	0
2. มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล	1 (12.25)	7 (87.5)	0	0	0
3. มีความสะดวกในการใช้งาน	2 (25)	6 (75)	0	0	0
4. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	2 (25)	6 (75)	0	0	0
5. ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ	2 (25)	6 (75)	0	0	0

ด้านผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรื่องกวาง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 61 – 70 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 69.6 ปี (SD = 10.78) อายุต่ำสุด 55 ปี และอายุสูงสุด 94 ปี มาโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 90 มีระดับความรุนแรงโดยประเมินจาก GCS

ที่ 13 – 15 คะแนน ร้อยละ 100 กลุ่มอาการส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาลมีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง ร้อยละ 40 ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 60 การดูแลส่วนใหญ่เป็นแบบช่องทางด่วน (Stroke Fast Track) ร้อยละ 80 และผลการรักษามีการส่งต่อ ร้อยละ 100 การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่เป็น Acute Ischemic stroke ร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N = 10 ราย)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	80
หญิง	2	20
อายุ (ปี)		
51 – 60	1	10
61 – 70	6	60
71 – 80	2	20
81 ปีขึ้นไป	1	10
Minimum 55 ปี Maximum 94 ปี ($\bar{X}$ = 69.6, SD = 10.78)		
มาโรงพยาบาลโดย		
มาเอง	9	90
EMS	1	10

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
Glasgow coma score		
GCS 13 – 15 คะแนน	10	100
กลุ่มอาการที่มาโรงพยาบาล		
พูดไม่ชัด	1	10
ปากเบี้ยว	1	10
พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง	2	20
ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง	4	40
ขาครึ่งซีก แขนขาอ่อนแรง	2	20
ปัจจัยเสี่ยง		
ความดันโลหิตสูง	3	30
เบาหวาน	6	60
ไขมันในเลือดสูง	1	10
การบริการ Stroke Fast Track		
ใช่	8	80
ไม่ใช่	2	20
ผลการรักษา		
นอนโรงพยาบาลรื้อกวาง	0	0
ส่งต่อโรงพยาบาลแพร์	10	100
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย		
Acute Ischemic stroke	5	50
Hemorrhagic stroke	3	30
TIA	2	20

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อออกจากโรงพยาบาล พบว่า ใช้เวลาเฉลี่ยในแต่ละราย 29 นาที เวลาเร็วสุด 20 นาที และเวลานานสุด 50 นาที ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรื่องกวาง

ผู้ป่วย	การคัดกรอง (ภายใน 5 นาที)	ตรวจโดยแพทย์ (ภายใน 10 นาที)	การดูแลแรกรับจนส่งต่อ (ภายใน 30 นาที)
รายที่ 1	10	15	50
รายที่ 2	3	8	20
รายที่ 3	4	6	25
รายที่ 4	4	8	25
รายที่ 5	3	7	20
รายที่ 6	4	5	30
รายที่ 7	7	10	35
รายที่ 8	4	7	30
รายที่ 9	4	6	30
รายที่ 10	4	7	25
รวมเวลาเฉลี่ย	4.7 (SD = 2.16)	7.9 (SD = 2.85)	29 (SD = 8.76)

ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในผู้ป่วยที่เกิดความล่าช้ามีดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ 9 ตุลาคม 2561 ได้รับการประเมินอาการ เวลา 10.30 น. รายงานแพทย์เวลา 10.40 น. เวลาที่แพทย์มาตรวจ 10.55 น. ประสานการส่งต่อ เวลา 11.10 น. ส่งต่อไปโรงพยาบาลแพร่ เวลา 11.20 น. รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เวลาทั้งหมด 50 นาที มีการล่าช้าในการส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนขาอ่อนแรงมากกว่าแขนแพทย์จึงสงสัยเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากการไม่สมดุลของ Electrolyte จึงทำการส่งตรวจ Electrolyte รอผลการตรวจประมาณ 30 นาที ผล Electrolyte ปกติ ผู้ป่วยจึงได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นโรค Acute ischemic stroke

อภิปรายผล ผู้ป่วยรายนี้ให้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลแต่มีการล่าช้าในการส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการไม่ชัดเจนขาอ่อนแรงมากกว่าแขนแพทย์จึงสงสัยเป็นการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากการไม่สมดุลของ Electrolyte จึงทำการส่งตรวจ Electrolyte จากการทบทวนผู้ป่วยรายนี้กรณีที่แขนขาอ่อนแรงไม่เท่ากันเกิดอาการทันทีทันใดให้สงสัยเป็น Stroke ไว้ก่อนเนื่องจากเกิดอาการขึ้นทันทีทันใด การวินิจฉัยแยกโรคควรรีบส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง เพื่อลดการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด จากการติดตามผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยเป็น Acute ischemic stroke ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเนื่องจากการชักประวัติการเกิดอาการของผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่ 24.00 น. ซึ่งญาติที่อยู่กับผู้ป่วยให้ประวัติกับทีมการดูแลของโรงพยาบาลแพร่

ผู้ป่วยรายที่ 7 มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินวันที่ 19 พฤศจิกายน 2561 ได้รับการประเมินอาการเวลา 18.45 น. รายงานแพทย์เวลา 18.52 น. เวลาที่แพทย์มาตรวจ 19.02 น. ประสานการส่งต่อ เวลา 19.10 น. ส่งต่อไปโรงพยาบาลแพร่ เวลา 19.20 น. รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้เวลาทั้งหมด 35 นาที กรณีนี้มีการประเมินคัดกรองได้ล่าช้า เนื่องจากอาการไม่ชัดเจนขาขวาอ่อนแรงข้างเดียว การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อไม่พบความผิดปกติ ส่วนการทดสอบการพูดผู้ป่วยตอบได้ชัดเจนดีแต่ช้า เมื่อตรวจร่างกายทำตามขั้นตอนการคัดกรองอาการ FAST พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปากเบี้ยวชัดเจน

อภิปรายผล ผู้ป่วยรายนี้มีการประเมินคัดกรองได้ล่าช้าเนื่องจากอาการไม่ชัดเจน ขาขวาอ่อนแรงข้างเดียว การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อไม่พบความผิดปกติ ส่วนการทดสอบการพูดผู้ป่วยตอบได้ชัดเจนดีแต่ช้า เมื่อตรวจร่างกายทำตามขั้นตอนการคัดกรองอาการ FAST พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปากเบี้ยวชัดเจน ส่วนการซักประวัติเรื่องเวลาที่เกิดอาการทำได้ยากเนื่องจากสงสัยว่าผู้ป่วยจะมีอาการมากกว่า 3 ชั่วโมงจากที่ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการเวียนศีรษะ อัตราการเต้นของชีพจรช้า ทำให้ตัดสินใจรายงานแพทย์ช้าจากการศึกษาประวัติการรักษาพบว่า 2 ชั่วโมง ที่ผ่านมาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย และได้รับยาแก้อาการเวียนศีรษะ และผงเกลือแร่กลับมารับประทานที่บ้าน เมื่อกลับถึงบ้านผู้ป่วยได้รับประทานยาและนอนพัก ญาติสังเกตว่าผู้ป่วยดูซึมลงไม่ค่อยพูด ขณะพุงตัวผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำขาขวาอ่อนแรงมากกว่าขาซ้าย ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่ากรณีที่ผู้ป่วยรายนี้มาเร็วสามารถให้การรักษาได้

ทันเวลา ดังนั้นจึงต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเวียนมาที่โรงพยาบาล จะต้องประเมินอาการทางระบบประสาท ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงเพื่อคัดกรองอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะต้องให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการของโรคหลอดเลือดสมอง จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วย พบว่ารายนี้วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย เป็น Acute Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

ส่วนที่ 3 อภิปรายผลหลังจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่ อภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลรื่องกวาง ผู้ศึกษาขอเสนอการอภิปรายผล ตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (The center for Advance Nursing practice) ซึ่งได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนา แนวปฏิบัติในการดูแลประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การกำหนดปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) ปัญหาจากการปฏิบัติงานพบว่า การล่าช้าในการเข้าถึงบริการที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน จากการศึกษาทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจในความรุนแรงของโรคและคิดว่าไม่ใช่เรื่องเร่งด่วนในการรักษา ส่วนการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่ายังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของ

โรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า ในแผนกฉุกเฉินเกิดความล่าช้าจากการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่แผนกฉุกเฉิน¹² และพบว่า การปฏิบัติตามแนวทางของ NINDS ซึ่งมีการกำหนดกรอบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เช่น จะต้องได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน 10 นาที และผู้ป่วยจะต้องได้รับการ CT Scan ภายใน 25 นาที สามารถลดเวลาซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ได้เร็วขึ้น⁽¹¹⁾ สรุปประเด็นปัญหาจากการปฏิบัติและแหล่งความรู้คือการมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจะช่วยให้สามารถแก้ไขการเข้าถึงบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา (Evidence supported phase) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในประเด็นปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในระยะนี้มีความสำคัญ ดังนั้นการกำหนดคำสำคัญและกำหนดฐานข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องจะทำให้ลดระยะเวลาในการสืบค้น และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพบว่า แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ควรตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบการใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยมีมุ่งให้ความรู้และพัฒนาทักษะด้านการพยาบาลและช่วยทีมสหวิชาชีพในการรับรู้บทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง⁽¹²⁾ ดังนั้นจึงได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมและปรับเข้าให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลรื่องกวาง จังหวัดแพร่

ระยะที่ 3 การนำสู่การปฏิบัติ (Evidence observe phase) เป็นระยะนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน มาทำการศึกษา นำร่องมาใช้ในหน่วยงาน ในขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้ทราบทั่วกัน โดยในส่วนที่ต้องประสานได้แก่ พยาบาลคัดกรองพนักงานเปล ห้องบัตร พนักงานขับรถ ในส่วนของเนื้อหาแนวปฏิบัติ ได้เชิญแพทย์ประจำโรงพยาบาล รื่องกวางมาให้ความรู้เรื่องโรค การซักประวัติ ทักษะการประเมินระบบประสาทที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการอบรมทั้งด้านความรู้และฝึกทักษะที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ก่อนนำสู่การปฏิบัติ และได้ผ่านความคิดเห็นจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานจำนวน 8 ราย ผลความคิดเห็นพบว่า แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 75 มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลมีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 87.5 มีความสะดวกในการใช้งาน มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 75 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 75 ความพึงพอใจ ในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ มีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 75 ส่วนด้านผู้ป่วยจำนวน 10 รายพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ยแต่ละราย 29 นาที เร็วสุด 20 นาที และใช้เวลานานสุดคือ 50 นาที ซึ่งกิจกรรมที่ใช้เวลานานได้แก่ การคัดกรองอาการ และการตรวจร่างกาย การตรวจวินิจฉัยจากแพทย์

ส่วนระยะที่ 4 (Evidence-base phase) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการ

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับหัวหน้างาน และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ของการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 อภิปรายผลของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน หลังนำไปศึกษานำร่องการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ได้มีการรวบรวมข้อมูลโดยสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติเป็นภาพรวมดังนี้

ด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงในระดับมากร้อยละ 75 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีการกำหนดกิจกรรมชัดเจนตามกรอบระยะเวลา มีความเข้าใจง่าย มีการตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออก ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 87.5 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการกำหนดกิจกรรมเหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติจึงมีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลรื่องขวาง

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการใช้งาน มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในระดับมากร้อยละ 75 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทำเป็นแผนผังและมีการติดตั้งอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถมองเห็นได้ชัดเจนเข้าถึงง่าย สะดวกในการใช้งาน

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมากร้อยละ 75 อภิปรายได้ว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับความร่วมมือและให้ความสำคัญจากทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง

ด้านความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ มีความความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 75 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้เร็วขึ้น ทำให้การปฏิบัติงานมีความง่าย สะดวก มีขั้นตอนชัดเจนเกิดความมั่นใจในการทำงาน จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

2.2 อภิปรายผลของผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันขอนำเสนอ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ ชาย อายุมากกว่า 60 ปีมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน รองลงมา คือ

โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ที่พบว่า การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยเบาหวานส่วน ใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี และ พบว่าโรคประจำตัวที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต สูง ส่วนกลุ่มอาการที่สำคัญของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้แก่ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด⁽¹⁰⁾ การใช้ FAST เป็นเครื่องมือในการคัดกรองอาการของโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การปฏิบัติของ พยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีแนวโน้มในการลด ระยะเวลาในการดูแล จากเวลาเฉลี่ย 40 นาที เหลือ เวลาเฉลี่ย 29 นาที สอดคล้องกับการพัฒนาแนว ปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองระยะเฉียบพลัน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ พบว่า แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถลดระยะเวลาใน การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไป โรงพยาบาลจากเดิมเวลาเฉลี่ย 52 นาที ลดลงเหลือ 44 นาที⁽⁶⁾ ระยะเวลาการจัดการดูแลผู้ป่วยในช่วงการ ตรวจประเมินคัดกรองอาการภายใน 5 นาที สามารถ ปฏิบัติได้ร้อยละ 80 พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันทุกรายได้รับการดูแล โดยแพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉินภายใน 10 นาที สามารถปฏิบัติได้ ร้อยละ 90 การรักษาส่วน ใหญ่นำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแพร่เพื่อตรวจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วย มาถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้ส่งต่อออกจากแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถปฏิบัติได้ภายใน 30 นาที ร้อยละ 80 จะเห็นได้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติได้ร้อยละ 80 ขึ้นไป พบว่า การปฏิบัติตาม แนวทางของ NINDS สามารถลดเวลาในการเข้าถึง

บริการ อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่บุคลากรทางการ พยาบาลได้รับการชี้แจง ทบทวนความรู้ก่อนนำแนว ปฏิบัติไปใช้จึงทำให้พยาบาลมีความรู้และทักษะที่ จะต้องปฏิบัติกับผู้ป่วย จากการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นเป็นโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีการให้บริการ แบบช่องทางด่วน Stroke fast track ถึง ร้อยละ 80 เมื่อติดตามการวินิจฉัยโรคล่าสุด พบมากที่สุดเป็นโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 30 และเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดไป เลี้ยงชั่วคราว (TIA) ร้อยละ 20 สอดคล้องกับสถิติการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามพยาธิสภาพของสถาบัน ประสาทวิทยา (2554)

สรุปได้ว่าการมีแนวปฏิบัติทางการ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาด เลือดระยะเฉียบพลัน เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการ ตัดสินใจของพยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีการประเมินอาการ เฉพาะโรคหลอดเลือดสมองได้ และมีการรวบรวม ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้ครบถ้วนในการรายงาน แพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและ วินิจฉัยโรคจากแพทย์ได้เร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความ ล่าช้าในการเข้าถึงการรักษาเฉพาะทางได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการศึกษาเชิงผลลัพธ์เพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติที่ได้รับ การพัฒนา มานี้เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแนว ปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนี้เพื่อให้เกิด ประโยชน์ในเชิงวิชาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรกร. ประสาทวิทยาทันยุค. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: 2553.
2. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
3. พัทธพิมล หาญรินทร์. การพัฒนาการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงาน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม [รายงานการศึกษาระยะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2551
4. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา; 2554.
6. สอนองจิตร ไมตรี. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวารินชำราบ[รายงานการศึกษาระยะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2555.
7. American Stroke Association [ASA]. Guidelines for the Early Management of Adults with Ischemic Stroke. 2007, from: <http://www.strokeassociation.org>.
8. Hanley, D.F. & Hacke, W. Critical care and Emergency Medicine Neurology. Stroke, 2004; 35: 365-366.
9. Knalessi, A. et al. Acute stroke intervention. JACC Cardiovascular Interventions 2011; 4: 261-269.
10. McGillivray B. & Considine J. Implementation of evidence into practice: Development of tool to improve emergency nursing care of acute stroke. Australasian Emergency Nursing Journal, 2009; 12: 110- 119.
11. National stroke Association. What Is stroke. 2012.
12. Wester, P., Radberg, J., Lundgren, B. & Peltonen, M. Factors Associated With Delayed Admission to Hospital and In-Hospital Delays in Acute Stroke and TIA: A Prospective, Multicenter Study. Stroke, 1999; 30: 40-48.
13. Soukup, M. The Center for advance nursing practice evidence base practice model. Nursing Clinics of North American, 2000;35(2): 301-309.

การรับรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน ในการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ ของเด็กปฐมวัย

Perception and Parenting Behavior of Thai and Chinese Parents in Promoting Child Development, Nutrition and Emotional Quotient of Early Child.

นางมณีการณ์ อุตะมะแก้ว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปาง ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: aew.nanami42@gmail.com

(Received: Jan 11, 2020; Revised: Mar 12, 2020; Accepted: May 10, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์และสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Analytic study and cross-sectional) โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ของเด็กปฐมวัยระหว่างเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน และเพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมและการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน ประชากรศึกษา ผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน จำนวน 264 คน แบ่งเป็น เชื้อชาติไทย จำนวน 126 คน และเชื้อชาติจีน จำนวน 138 คน เด็กปฐมวัยศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาล/เอกชน ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามร่วมกับประเมินพัฒนาการเด็กตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของเด็ก อายุ 2 ถึง 5 ปี และ ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ผลของความสัมพันธ์ของการรับรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีนโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า เชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการเด็ก ($P < 0.001$) ภาวะโภชนาการ ($P < 0.001$) และระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ($P < 0.001$) พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง ตลอดจนการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมและการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยรวมของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีความสัมพันธ์ต่อระดับพัฒนาการสมวัย ($P < 0.05$) ในขณะที่เชื้อชาติจีนมีความสัมพันธ์ต่อระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ($P < 0.01$) แต่พฤติกรรมและการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยไม่มีความสัมพันธ์

ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย ($P > 0.05$) ในขณะที่พฤติกรรมและการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีความสัมพันธ์ ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย ($P < 0.05$)

พฤติกรรมและการรับรู้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและผู้ปกครองเชื้อชาติจีนต่างก็มีความสัมพันธ์ ต่อ ระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ($P < 0.05$) เช่นกัน ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การรับรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, ภาวะโภชนาการ, ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)

ABSTRACT

This study was an analytic and cross - sectional study with 3 objectives as 1) comparing child development, nutritional status and emotional quotient (EQ) of early child between Thai and Chinese children, 2) studying parenting behavior for early child and perception of child development promotion, nutritional status and emotional quotient (EQ) of Thai and Chinese parents, and 3) comparing parenting perception and behavior in promoting early child development affecting child development, nutritional status and emotional quotient (EQ) between Thai and Chinese parents. The study populations were 264 parents of early child aged 3 - 5 years 11 months 29 days of which 126 were Thais and 138 were Chinese. Their children studied in Child Development Centers in Nong Bua Lamphu sub-district, Chai Prakarn district of Chiang Mai. The data were collected during May - July 2019 via simple chart note and Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) to nutritional , using growth chart for children aged 2 - 5 years and emotional quotient of children aged 3 - 5 years (short edition) for parents and guardians. The data was analyzed by descriptive statistics. The relationship of perception and parenting behavior of Thai and Chinese parents is analyzed by Chi-square.

The study results for comparing child development, nutritional status and emotional quotient (EQ) of early child between Thai and Chinese children found that Child development level had a statistical significant relationship ($P < 0.001$), the overall nutritional had a statistical significant relationship ($P < 0.001$), and had a statistical significant relationship to degree emotional quotient status with 3 criteria; goodness, smartness and happiness ($P < 0.001$).

The study result showed that the overall a parenting behavior for early child and perception of child development promotion, nutritional status and emotional quotient (EQ) of Thai and Chinese parents had a statistical significant relationship ($P < 0.001$).

Perception of child development promotion, nutritional status and emotional quotient (EQ) of Thai and Chinese parents had a statistical significant relationship ($P < 0.001$).

The study result for comparing parenting perception and behavior in promoting early child development affecting child development, nutritional status and emotional quotient (EQ) between Thai and Chinese parents showed that the overall relationship of parenting perception and behavior of Thai parents had a statistical significant relationship to age-appropriate development ($P < 0.05$), while Chinese parents had a statistical significant

relationship with suspected delayed development ($P < 0.01$). Parenting perception and behavior of Thai parents has no statistical significant relationship to nutritional status comparing with weight and height of early child ($P > 0.05$), while Chinese parents had a statistical significant relationship to nutritional status comparing with weight and height of early child ($P < 0.05$). Parenting perception and behavior of Thai parents had no statistical significant relationship to emotional quotient of early child aged 3-5 years old ($P < 0.05$), while parenting behavior of Chinese parents also has a statistical significant relationship to emotional quotient of early child aged 3-5 years old ($P < 0.05$). Therefore, there should be support for parents to be aware of the promotion of development and behavior of early childhood appropriate

Keywords: Perception and parenting behavior for child development, nutritional status, emotional quotient (EQ)

บทนำ

เด็กปฐมวัยไทยมีวิกฤตทางด้านพัฒนาการ โดยมีพัฒนาการล่าช้าต่ำกว่ามาตรฐานถึง 30 % และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการศึกษาของเด็กไทยที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในขณะนี้ที่ประมาณ 10-15 % ของเด็กไทยชั้น ป.3 และ ป.6 “อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คิดไม่เป็น” ข้อมูลการสำรวจพัฒนาการเด็กของกรมอนามัยเมื่อปี 2557 พบเด็กแรกเกิด – 2 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 22 ส่วนเด็กอายุ 3- 5 ปี มีพัฒนาการไม่สมวัยสูงถึงร้อยละ 34 หรือ 1 ใน 3 จำเป็นต้องเร่งค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ให้ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 จะกลับมาปกติ ส่วนอีกร้อยละ 10 อาจมีปัญหาอื่นๆ เช่น ออทิสติกหรือมีปัญหาด้านการเรียนรู้ ต้องรับการดูแลรักษา กระตุ้นพัฒนาการโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁾ พัฒนาการเด็กที่สมวัยอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นรากฐานของคุณภาพของประชากรในสังคม เด็กอายุ 3-5 ปี ใน พ.ศ. 2553 พบว่าเด็กไทยมีพัฒนาการต่ำกว่ามาตรฐาน 30% หรือ 1 ใน 3 ของเด็กเล็กในประเทศ มีพัฒนาการล่าช้าทางภาษาล่าช้าถึง 20% ตามด้วยพัฒนาการทางปฏิกิริยาไหวพริบและการเข้ากับสังคมอีก 5% ซึ่งพัฒนาการทั้ง 2 ด้าน จะมีผลกระทบต่อระดับสติปัญญา ปัญหาพัฒนาการที่

ล่าช้าของเด็กอายุ 3-5 ปี คือ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและพัฒนาการด้านภาษา ซึ่งเด็กปฐมวัยที่ต้องได้รับการพัฒนามากในช่วงอายุนี้นี้ ขณะที่เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดูเด็กนับเป็นปัจจัยสำคัญของเด็ก อีกทั้งปัจจัยทางด้านสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ อาทิเช่น ศาสนา วัฒนธรรมความเชื่อ และการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมมากขึ้น ก่อให้เกิดการอพยพประชากรจากชนบทสู่เมือง และการไปเป็นแรงงานในต่างประเทศ ผู้อพยพย้ายถิ่นส่วนใหญ่มักเป็นแรงงานหนุ่มสาว และทิ้งเด็กให้อยู่ในความดูแลของผู้สูงอายุ รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ครอบครัวได้รับอิทธิพลจากสื่อมากขึ้น⁽²⁾

ตำบลหนองบัวเป็นเขตติดต่อชาติแดนไทย-พม่า อำเภอฝาง และอำเภอเชียงดาว จากฐานข้อมูลสถานบริการสาธารณสุข ปี 2557 พบว่ามีประชากรไทย จำนวน 14,324 คน จำแนกตามสัญชาติ มีประชากรเชื้อชาติจีนอพยพย้ายถิ่นจากชายแดนเข้ามาอาศัยในตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 4,147 คน แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 2,166 คน เพศชาย จำนวน 1,981 คน สัดส่วน

ประชากรเชื้อชาติจีนคิดเป็นร้อยละ 28.95 ของประชากรเชื้อชาติไทย จากผลการดำเนินงานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2559 มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ประชากรเชื้อชาติจีน ร้อยละ 81.54 และการตั้งครรภ์ประชากรเชื้อชาติไทย ร้อยละ 18.46 ต่อมาในปี 2560 สัดส่วนการตั้งครรภ์ประชากรเชื้อชาติจีน คิดเป็นร้อยละ 69.87 และการตั้งครรภ์ประชากรไทย ร้อยละ 33.73 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ประชากรเชื้อชาติจีนมีสัดส่วนที่สูงกว่าประชากรไทย เมื่ออัตราการเกิดของแรงงานสตรีเชื้อชาติจีนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เด็กที่คลอดมาขาดการรับวัคซีนพื้นฐานในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและการติดตามพัฒนาการรวมถึงการได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพและการเลี้ยงดูเด็กโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกายจิตใจควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสังคมภายใต้ลักษณะการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว การดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ด้านสติปัญญา และความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการสมวัย จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบและศึกษาการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (3-5 ปี) ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ด้านส่งเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม รวมทั้งให้มีการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาพื้นที่ภายใต้ข้อจำกัดของปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อ

พัฒนาการเด็ก และแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าให้มีพัฒนาการที่สมวัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กปฐมวัยระหว่างเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน
3. เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของพฤติกรรม และการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงการวิเคราะห์และสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Analytic study and cross - sectional)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี 11 เดือน 29 วัน เชื้อชาติไทย จำนวน 126 คน และเชื้อชาติจีน จำนวน 138 คน โดยถือว่า 1 ตัวอย่าง คือ เด็ก 1 คน และผู้ปกครอง 1 คน รวมทั้งหมด จำนวน 264 คน เป็นประชากรซึ่งเข้ารับการศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น 2 กลุ่มคือ สังกัดเทศบาล และเอกชน ที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย (1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหนองบัว จำนวน 68 คน (2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดต้นโชค จำนวน 47 คน (3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านใหม่หนองบัว จำนวน 93 คน (4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กลูกรัก

จำนวน 35 คน (5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจิตรการณ
จำนวน 21 คน ยกเว้น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านสันติ
วนา เนื่องจากเป็นประชากรในพื้นที่สูง มีความห่างไกล
ทำให้เป็นอุปสรรคและยากลำบากในการดำเนินงาน
การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ประเมินเด็กปฐมวัย ได้แก่

1) แบบประเมินพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือการ
เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)
(กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ซึ่งแปลผลพัฒนาการ
รวมทั้ง 5 ด้าน ผลการประเมินแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ
(1) ปกติ (Normal) คือ เด็กที่ผ่านข้อทดสอบตามแบบ
ประเมินพัฒนาการเด็กทุกข้อ (2) สงสัยล่าช้า
(Suspect) คือ เด็กที่ไม่ผ่านข้อทดสอบตามแบบ
ประเมินพัฒนาการเด็กอย่างน้อย 1 ข้อ

2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้กราฟ
แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต ของเด็ก อายุ 2 วัน
ถึง 5 ปี (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข, 2558) มีเกณฑ์ 3 ตัวชี้วัด ดังนี้ (1) น้ำหนัก
ตามเกณฑ์อายุ (2) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (3) น้ำหนัก
ตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งการแปลผลระดับภาวะ
โภชนาการ แสดงในรูปกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการ
เจริญเติบโต

3) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของ
เด็ก 3-5 ปี (ฉบับย่อ) สำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง
ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2551

2. ประเมินผู้ปกครอง โดยใช้แบบสอบถาม เป็น
เครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้สร้างขึ้นด้วยตนเองจากการ
ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการรับรู้ด้านการส่งเสริม
พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการความฉลาดทาง
อารมณ์ ของ เด็กปฐมวัย (3-5 ปี) แบ่งระดับการรับรู้
เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) การรับรู้ทักษะระดับต่ำ 2) มีการ
รับรู้ทักษะระดับปานกลาง 3) มีการรับรู้ทักษะ
ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก
ปฐมวัยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ
ความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย
และเชื้อชาติจีน มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ
เด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ของผู้
เลี้ยงดูเด็กแบ่ง เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ ระดับปาน
กลาง และระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (สื่อสารภาษาจีน)
จำนวน 1 คน มีการดำเนินการวางแผนจัดเก็บข้อมูล
การเก็บแบบสอบถามในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว
พร้อมทั้งการประเมินภาวะโภชนาการ ชั่งน้ำหนัก วัด
ส่วนสูงเด็ก ประเมินพัฒนาการเด็ก 5 ด้าน พร้อมแปล
ผลให้ผู้ปกครองรับทราบ และ ผู้วิจัยพร้อมทั้งผู้ช่วย
วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์อ่านแบบสอบถามให้ประชากร
ดำเนินการตอบแบบสอบถาม เพื่อศึกษาสถานการณ์
พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทาง
อารมณ์(EQ) ของเด็กปฐมวัยเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติ
จีน รวมทั้งการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์(EQ) และ
พฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยผู้ปกครองเชื้อชาติไทย
และเชื้อชาติจีน ในศูนย์เด็กเล็กบ้านใหม่หนองบัว
อำเภอยางตลาด จังหวัด ยโสธร ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บ้านสันติวนา เนื่องจากเป็นประชากรในพื้นที่สูง มี
ความห่างไกลทำให้เป็นอุปสรรคและยากลำบากในการ
ดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลศึกษา หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม (เลขที่ใบจริยธรรม ET099/2562) ของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้ว ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.70 และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไชยปราการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 แห่ง และผู้จัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาล/เอกชน ในเขตพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ปกครอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของเด็กผู้ปกครองกับ เชื้อชาติโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. การวิเคราะห์ผลของพัฒนาการและผลของการรับรู้ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์

และพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย และเชื้อชาติจีน โดยใช้สถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเล่นของเด็กปฐมวัย ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองประชากรที่ศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 264 คน แบ่งเป็น เด็กปฐมวัยเชื้อชาติไทย จำนวน 126 คน และเด็กปฐมวัยเชื้อชาติจีน จำนวน 138 คน เพศชายเชื้อชาติไทย ร้อยละ 41.3 เชื้อชาติจีน ร้อยละ 58.7 เพศหญิงเชื้อชาติไทย ร้อยละ 54.8 เชื้อชาติจีน ร้อยละ 45.2 เด็กปฐมวัย เด็กปฐมวัย มารดาเชื้อชาติไทย มีประวัติการได้รับยาวิตามินบำรุงครรภ์ ร้อยละ 66.9 ส่วนมารดาเชื้อชาติจีนที่ไม่เคยได้รับยา วิตามินบำรุงครรภ์ ร้อยละ 72.7 มารดาเชื้อชาติไทยได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์มาตรฐาน (อายุครรภ์ <36-40 สัปดาห์) ร้อยละ 72.9 ขณะที่มารดาเชื้อชาติจีน ไม่ได้รับการฝากครรภ์ ร้อยละ 95.9 และมีฝากครรภ์ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 74.2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของพัฒนาการภาวะโภชนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) เชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (264 คน) จำแนกตามระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยรวมและเชื้อชาติ

ระดับพัฒนาการเด็ก	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 , df)
พัฒนาการสมวัย	147	94 (63.9)	53 (36.1)	0.000	(34.971 ,1)
สงสัยล่าช้า	117	32 (27.4)	85 (72.6)		

จากตารางที่ 1 พบว่าระดับพัฒนาการเด็กมีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีระดับพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.9 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 36.1 ในขณะที่เด็กเชื้อชาติจีนมีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 72.6 มากกว่าเด็กเชื้อชาติไทย ร้อยละ 27.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี (264 คน) จำแนกตามระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายด้าน และเชื้อชาติ

ระดับพัฒนาการเด็ก	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 , df)
พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว(GM)				0.631	(0.231 ,1)
ผ่าน	232	112 (48.3)	120 (51.7)		
ไม่ผ่าน	32	14 (43.8)	18 (56.3)		
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)				0.000	(24.888 ,1)
ผ่าน	214	118 (55.1)	96 (44.9)		
ไม่ผ่าน	50	8 (16.0)	42 (84.0)		
ด้านการเข้าใจภาษา(RL)				0.000	(32.429,1)
ผ่าน	202	116 (57.4)	86 (42.6)		
ไม่ผ่าน	62	10 (16.1)	52 (83.9)		
ด้านการใช้ภาษา(EL)				0.000	(21.040,1)
ผ่าน	226	120 (53.3)	106 (46.7)		
ไม่ผ่าน	38	5 (13.2)	33 (86.8)		
การช่วยเหลือตนเองและสังคม(PS)				9.387	(21.570,1)
ผ่าน	230	121 (52.6)	109 (47.4)		
ไม่ผ่าน	34	5 (14.7)	21 (51.2)		

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายด้านและเชื้อชาติ แสดงให้เห็นว่า ระดับพัฒนาการเด็กด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) มีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์พบว่า เด็กเชื้อชาติไทยมีระดับพัฒนาการสมวัย ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM) ร้อยละ 55.1 ด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ 57.4 และด้านการใช้ภาษา(EL) ร้อยละ 53.3 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM) ร้อยละ 44.9

ด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ 42.6 และด้านการใช้ภาษา(EL) ร้อยละ 46.7 ในขณะที่ เด็กเชื้อชาติจีนมีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา(FM) ร้อยละ 84.0 ด้านการเข้าใจภาษา(RL) ร้อยละ 83.9 และด้านการใช้ภาษา(EL) ร้อยละ 86.8 มากกว่าเด็กเชื้อชาติไทย ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ 16.0 ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 16.1และด้านการใช้ภาษา(EL) ร้อยละ 13.2 ส่วนพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว(GM) และการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ไม่มีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของเด็กปฐมวัยอายุ 3-5 ปี จำแนกตามระดับโภชนาการ (น้ำหนักเทียบกับความสูง) และเชื้อชาติ

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ค่อนข้างผอม + ผอม	39	30(76.9)	9(23.1)	0.000	(15.778 ,2)
สมส่วน	199	84(42.2)	115(57.8)		
ท้วม + เริ่มอ้วน+อ้วน	26	12(46.2)	14(53.8)		

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะโภชนาการเกณฑ์น้ำหนักเทียบกับความสูงมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีภาวะโภชนาการท้วม+เริ่มอ้วน+อ้วน ร้อยละ 46.2 น้อยกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 53.8 ในขณะที่ เชื้อชาติไทยมีภาวะโภชนาการค่อนข้างผอม + ผอม ร้อยละ 76.9 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 23.1 และเด็กเชื้อชาติไทยมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 42.2 น้อยกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 57.8

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี จำแนกตามระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม และเชื้อชาติ

ระดับคะแนน ความฉลาดทางอารมณ์	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	107	10 (9.3)	97 (90.7)	0.000	(106.894 ,2)
ปกติ	144	105 (72.9)	39 (27.1)		
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	13	11 (84.6)	2 (15.4)		

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม มีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ น้อยกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 9.3 ในขณะที่เด็กเชื้อชาติจีนมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มากกว่าเด็กเชื้อชาติ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี จำแนกตามระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์รายด้าน และเชื้อชาติ

ระดับคะแนน ความฉลาดทางอารมณ์	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ด้านดี				0.000	(4.0610 ,2)
ต่ำกว่าเกณฑ์	57	(10.5)	51 (89.5)		
ปกติ	198	114 (57.6)	84 (42.4)		
สูงกว่าเกณฑ์	9	6 (66.7)	3 (33.3)		
ด้านเก่ง				0.000	(90.307 ,2)
ต่ำกว่าเกณฑ์	67	0 (0.0)	67 (100.0)		
ปกติ	173	105 (60.7)	68 (39.3)		
สูงกว่าเกณฑ์	23	21 (91.3)	3 (8.7)		

ระดับคะแนน	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ความฉลาดทางอารมณ์					
ด้านสุข				0.000	(75.243 ,2)
ต่ำกว่าเกณฑ์	123	25 (20.3)	98 (79.7)		
ปกติ	119	80 (67.2)	39 (32.8)		
สูงกว่าเกณฑ์	22	21 (95.5)	1 (4.5)		

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์รายด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข มีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าเกณฑ์ ด้านดี ร้อยละ 66.7 ด้านเก่ง ร้อยละ 91.3 และด้านสุข ร้อยละ 95.5 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ด้านดี ร้อยละ 33.3 ด้านเก่ง ร้อยละ 8.7 และด้านสุข ร้อยละ 4.5

ส่วนที่ 3 ข้อมูลผลของการรับรู้และพฤติกรรมด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย (อายุ 3 - 5 ปี) ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย และเชื้อชาติจีน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของผู้ปกครองจำแนกตามการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยรวมและเชื้อชาติ

การรับรู้	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ และความฉลาดทางอารมณ์				0.049	(6.019,2)
การรับรู้ ทักษะระดับต่ำ	3	0 (0.0)	3 (100)		
การรับรู้ ทักษะระดับปานกลาง	91	37 (40.7)	54 (59.3)		
การรับรู้ ทักษะระดับสูง	170	89 (52.4)	81 (47.6)		

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กล่าวคือ ผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 52.4 ขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีการรับรู้ ทักษะระดับต่ำ ร้อยละ 100

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของผู้ปกครองจำแนกตามการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านภาวะโภชนาการ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ รายด้านและเชื้อชาติ

การรับรู้	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ				0.000	(4.0610 ,2)
การรับรู้ ทักษะระดับต่ำ	57	6 (10.5)	51 (89.5)		
การรับรู้ ทักษะระดับปานกลาง	198	114 (57.6)	84 (42.4)		
การรับรู้ ทักษะระดับสูง	9	6 (66.7)	3 (33.3)		
ด้านภาวะโภชนาการ				0.000	(62.598 ,2)
การรับรู้ ทักษะระดับต่ำ	13	0 (0.0)	13 (100.0)		
การรับรู้ ทักษะระดับปานกลาง	50	3 (6.0)	47 (39.3)		
การรับรู้ ทักษะระดับสูง	165	88 (53.3)	77 (46.7)		
ด้านความฉลาดทางอารมณ์				0.000	(75.243 ,2)
การรับรู้ ทักษะระดับต่ำ	16	0 (0)	16 (100)		

การรับรู้	จำนวน	เชื้อชาติไทย n (%)	เชื้อชาติจีน n (%)	P-value	(χ^2 ,df)
การรับรู้ ทักษะระดับปานกลาง	79	15 (19.0)	64 (32.8)		
การรับรู้ ทักษะระดับสูง	169	111 (65.7)	58 (34.3)		

จากตารางที่ 7 พบว่าการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านภาวะโภชนาการ และด้านความฉลาดทางอารมณ์ รายด้าน มีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ การรับรู้ด้านพัฒนาการของ ผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีการรับรู้ทักษะระดับสูง ร้อยละ 66.7 ขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 33.3 การ

รับรู้ด้านภาวะโภชนาการของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 53.3 ขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 46.7 และการรับรู้ด้านความฉลาดทางอารมณ์ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 65.7 ขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีการรับรู้ ทักษะระดับสูง ร้อยละ 34.3

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของผู้ปกครองจำแนกตามพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยรวมและเชื้อชาติ

พฤติกรรมส่งเสริม พัฒนาการเด็ก	เชื้อชาติไทย (n=126)			เชื้อชาติจีน (n=138)			P-value	(χ ² ,df)
	ระดับการปฏิบัติ			ระดับการปฏิบัติ				
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย		
ด้านร่างกาย	0 (0.0)	59 (31.9)	67 (90.5)	5 (100)	126 (68.1)	7 (9.5)	0.000	(77.528, 2)
ด้านภาษา สติปัญญา	0 (0.0)	109 (44.1)	17 (100)	0 (0.0)	138 (100)	0 (0.0)	0.000	(19.901, 1)
ด้านอารมณ์ และสังคม	0 (0.0)	78 (45.3)	48 (53.3)	2 (100)	94 (54.7)	42 (46.7)	0.187	(3.350, 2)

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านร่างกาย ด้านภาษาสติปัญญาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านร่างกาย ระดับการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 31.9 และด้านภาษา สติปัญญา ระดับการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 44.1 และ

ด้านอารมณ์และสังคม ระดับการ ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 45.3 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 31.9 ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านร่างกาย ร้อยละ 68.1 และด้าน ภาษา ร้อยละ 100 สติปัญญาระดับการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 54.7 มากกว่าเด็กเชื้อชาติไทย ในขณะที่

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ของพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์(EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กและเชื้อชาติ

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	พัฒนาการ n (%)		P-value	(χ^2 ,df)
	สมวัย	สงสัยล่าช้า		
เชื้อชาติไทย			0.100	(2.713,1)
ต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)		
ปานกลาง	54 (80.6)	13 (19.4)		
สูง	40 (67.8)	19 (32.2)		

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	พัฒนาการ n (%)		P-value	(χ^2, df)
	สมวัย	สงสัยล่าช้า		
เชื้อชาติจีน			0.008	(9.640 ,2)
ต่ำ	4 (50.0)	4 (50.0)		
ปานกลาง	47 (43.5)	61 (56.5)		
สูง	2 (9.1)	20 (90.9)		

จากตารางที่ 9 พบว่าร้อยละ และความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อพัฒนาการเด็ก และเชื้อชาติ พบว่า ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อพัฒนาการเด็ก โดยรวมของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย ไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับพัฒนาการสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) ในขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีพฤติกรรมกรรมการ

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อพัฒนาการเด็ก ก็มี ความสัมพันธ์ต่อระดับพัฒนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ พบว่า ผู้ปกครองเชื้อชาติไทยที่มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับสูง เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 67.8 ขณะที่ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับสูง เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 90.9

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและเชื้อชาติ

พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	เกณฑ์น้ำหนักเทียบความสูง n (%)			P-value	(χ^2, df)
	ค่อนข้างผอม + ผอม	สมส่วน	ท้วม +เริ่มอ้วน+อ้วน		
เชื้อชาติไทย				0.062	(5.572 ,2)
ต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
ปานกลาง	13 (19.4)	44 (65.7)	10 (14.9)		
สูง	17 (28.8)	40 (67.8)	2 (3.4)		
เชื้อชาติจีน				0.043	(9.874 ,4)
ต่ำ	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)		
ปานกลาง	5 (4.6)	89 (82.4)	14 (13.0)		
สูง	4 (18.2)	18 (81.8)	0 (0.0)		

จากตารางที่ 10 พบว่าร้อยละ และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ของผู้ปกครองต่อระดับโภชนาการและเชื้อชาติ พบว่าพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยไม่มีความสัมพันธ์ ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.001$) ในขณะที่พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติจีน

มีความสัมพันธ์ ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) กล่าวคือผู้ปกครองเชื้อชาติไทยที่มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กระดับสูงส่วนใหญ่ เด็กมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 67.8 ในขณะที่ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนที่มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับต่ำ เด็กมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 100

ตารางที่ 11 จำนวนร้อยละ และความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ส่งผลต่อความฉลาดทางอารมณ์ และเชื้ชาติ

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ความฉลาดทางอารมณ์ n (%)			P-value	χ^2 , df
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ		
เชื้ชาติไทย				0.033	(6.823 ,2)
ต่ำ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
ปานกลาง	9 (13.4)	54 (80.6)	4 (6.0)		
สูง	1 (1.7)	51 (86.4)	7 (11.9)		
เชื้ชาติจีน				0.041	(9.961 ,4)
ต่ำ	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)		
ปานกลาง	69 (63.9)	37 (34.3)	2 (1.9)		
สูง	21 (95.5)	1 (4.5)	0 (0.0)		

จากตารางที่ 11 พบว่า ร้อยละและความสัมพันธ์ของผู้ปกครองตามระดับพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ต่อความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย และเชื้ชาติ เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง เชื้ชาติไทยมีความสัมพันธ์ ต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่ ผู้ปกครองเชื้ชาติจีนมี พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีความสัมพันธ์ ต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ ผู้ปกครอง เชื้ชาติไทยที่มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ระดับสูง เด็กมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ อยู่ใน เกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.4 และผู้ปกครองเชื้ชาติจีนที่มี พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับสูง เด็กมี ระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 95.5

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลเปรียบเทียบพัฒนาการเด็กภาวะโภชนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย ระหว่างเชื้ชาติไทยและเชื้ชาติจีน

1.1 พัฒนาการในเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี)

พบว่าระดับพัฒนาการเด็กมีความสัมพันธ์ เชื้ชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้ชาติไทยมีระดับพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 63.9 มากกว่าเด็กเชื้ชาติจีน ร้อยละ 36.1 ในขณะที่ เด็กเชื้ชาติจีนมีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 72.6 มากกว่าเด็กเชื้ชาติไทย ร้อยละ 27.4 เมื่อพิจารณาระดับพัฒนาการเด็กปฐมวัยรายด้าน พบว่าระดับพัฒนาการเด็กด้านกลั่นเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) มีความสัมพันธ์กับเชื้ชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ส่วนพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) และการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) ไม่มีความสัมพันธ์กับเชื้ชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริลักษณ์ พนมเชิง⁽³⁾ เด็กที่มีภาวะพูดช้ากว่าวัยส่วนใหญ่มีหลายปัจจัยร่วมกัน โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ คือ การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม ขาดการกระตุ้นทางภาษาและการพูดที่ถูกต้อง เพียงพอและเหมาะสม ทำให้เด็กไม่มีตัวอย่างการเรียนรู้เพื่อพัฒนาภาษาและการพูด ส่งผลให้เด็กพูดช้าไม่พูด พูดน้อยหรือพูดได้ไม่สมวัย⁽⁴⁾ เด็กปฐมวัยกลุ่มที่มีพัฒนาการ

สงสัยล่าช้าด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กมากที่สุด ได้แก่ด้าน
การใช้ภาษาและรองลงคือด้านการเข้าใจภาษา ปัจจัย
ด้านมารดา ได้แก่ อายุและการให้นมบุตรมี
ความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้า อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.001$)

1.2 ระดับโภชนาการในเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) น้ำหนักเทียบกับความสูง

ภาวะโภชนาการเกณฑ์น้ำหนักเทียบกับความ
สูง มีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($P < 0.001$) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีภาวะ
โภชนาการท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 46.2 น้อย
กว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 53.8 ในขณะที่ เด็กเชื้อ
ชาติไทยมีภาวะโภชนาการค่อนข้างผอม และผอม ร้อย
ละ 76.9 มากกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 23.1 และ
เด็กเชื้อชาติไทยมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ
42.2 น้อยกว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 57.8

1.3 ความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี)

ระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม
มีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P >$
0.001) กล่าวคือ เด็กเชื้อชาติไทยมีระดับคะแนน
ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ น้อย
กว่าเด็กเชื้อชาติจีน ร้อยละ 9.3 ในขณะที่เด็กเชื้อชาติ
จีนมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์โดยรวมต่ำ
กว่าเกณฑ์ปกติ มากกว่าเด็กเชื้อชาติไทย ร้อยละ 90.7

2. ข้อมูลเปรียบเทียบการรับรู้และพฤติกรรมการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้านการส่งเสริม พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทาง อารมณ์ (EQ) ของผู้ปกครองและเชื้อชาติ

การรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะ
โภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม ของ
ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($P < 0.001$)

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้าน
ร่างกาย ด้านภาษา และด้านสติปัญญา มีความสัมพันธ์
เชื้อชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)
โดยรวม พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยไม่มีความสัมพันธ์ ต่อพัฒนา
การเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.001$)
ในขณะที่ พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ
ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีความสัมพันธ์ ต่อระดับความ
ฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

3. ข้อมูลเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก ด้านโภชนาการ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และเชื้อชาติ

พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้าน
พัฒนาการ ด้านภาวะโภชนาการ และด้านความฉลาด
ทางอารมณ์ รายด้านและเชื้อชาติ มีความสัมพันธ์เชื้อ
ชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) กล่าวคือ
การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้าน
พัฒนาการของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การรับรู้และ
พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ ด้านภาวะ
โภชนาการ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชื้อชาติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การรับรู้และ
พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ ด้านความฉลาดทาง
อารมณ์ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับเชื้อชาติ
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

4. ข้อมูลเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของพฤติกรรม การส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย และเชื้อชาติจีนที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะ โภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ)

ความสัมพันธ์ของผู้ปกครอง จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้านโภชนาการ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และเชื้อชาติ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อพัฒนาการเด็ก โดยรวมของผู้ปกครองเชื้อชาติไทย มีความสัมพันธ์ต่อระดับพัฒนาการสมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่ พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาของบิดามารดาเชื้อชาติไทยและบิดามารดาเชื้อชาติจีน สอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี จตุพรเพิ่ม⁽⁵⁾ เด็กปฐมวัยซึ่งผู้ดูแลจบการศึกษาระดับอนุปริญญาและปริญญา มีพัฒนาการด้านภาษาปกติ สมวัยมากกว่าเด็กปฐมวัยที่ผู้ดูแลจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ($P\text{-value} < 0.001$) การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวในชนบท พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินอายุ 1-3 ปีของมารดาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .53, P < .001$) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, P < .001$)⁽⁶⁾ รายได้ของครอบครัวผู้ปกครองที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือมีฐานะยากจน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง พร้อมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ เครื่องมือ และของเล่นในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองโอกาสที่จะได้รับความรู้และทักษะในการดูแลเด็กเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องน้อยลง ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตามศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองต่อระดับโภชนาการเด็กปฐมวัย ใช้เกณฑ์น้ำหนักเทียบความสูงโดยรวมของเชื้อชาติ เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยไม่มีความสัมพันธ์ ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.001$) ในขณะที่ พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติจีน มีความสัมพันธ์ต่อระดับโภชนาการน้ำหนักเทียบความสูงของเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี การพึ่งตน⁽⁸⁾ ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษา ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานหรือมีบุตรดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมีความห่วงกังวลต่อน้ำหนักตัวของเด็กมากกว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูง ดัชนีมวลกายปกติ หรือมีบุตรดัชนีมวลกายปกติ และผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูง หรือมีบุตรดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมีการจำกัดอาหารที่เด็กรับประทานมากกว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ หรือมีบุตรดัชนีมวลกายปกติ

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี พบว่า ผู้ปกครองเชื้อชาติไทย เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติไทยมีความสัมพันธ์ ต่อ ระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่ ผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองเชื้อชาติจีนมีความสัมพันธ์ ต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์เด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($P < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนุสรรา โชติชัย⁽⁹⁾ การปฏิบัติพันธกิจของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 1-3 ปี เมื่อมารดาออกไปทำงานนอกบ้านในโรงงานอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติพันธกิจของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตรทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคมและสติปัญญา การอบรมเลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่จะตกเป็นหน้าที่ของยายและย่า⁽¹⁰⁾ พื้นอารมณ์ของเด็ก และสภาพแวดล้อมที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .438, P < 0.01$ และ $r = .275, P < 0.05$)⁽¹¹⁾ การมีปฏิสัมพันธ์กับทั้งมารดาและบิดาของเด็กวัยก่อนเรียนมีผลบวกต่อพัฒนาการทางสติปัญญาที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับพัฒนาการทางอารมณ์และสังคม พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นนอกเหนือไปจากบิดามารดามีผลบวกต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมที่สมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากกว่าเด็กที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ปกครองที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ระหว่างผู้ปกครองเชื้อชาติไทยและเชื้อชาติจีน พบว่า พัฒนาการเด็กกับการรับรู้ของผู้ปกครองด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ค่า $p\text{-value} > 0.05$ การรับรู้ของผู้ปกครองด้านความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) และการรับรู้ของผู้ปกครองด้านโภชนาการ ค่า $p\text{-value} > 0.05$ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพัฒนาการเด็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิรมัย คัมรักษา⁽¹²⁾ ปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลหลักไม่ใช่

บิดามารดาเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการไม่ก้าวหน้า⁽¹³⁾ เด็กปฐมวัยในประเทศไทยยังมีปัญหาเรื่องการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย ซึ่งการแก้ไขปัญหาลูกที่มีพัฒนาการล่าช้ากว่าวัยนั้น ครอบครัว บิดามารดา และคนในครอบครัว จะต้องมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม รวมถึงนำเอาผู้สูงอายุและชุมชนมาร่วมกิจกรรมด้วยกัน

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษารั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปี เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในการเลือกประชากรควรเลือกดำเนินการวิจัยในอนุบาลโรงเรียนเขตพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ แล้วนำมาเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างอนุบาลโรงเรียนกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ เพิ่มเขตพื้นที่ในการศึกษา ในอนุบาลในโรงเรียนตำบลหนองบัว อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กในเขตพื้นที่สูงและมีความห่างไกล อีกทั้งควรศึกษาในประชากรให้มีความหลากหลายของชาติพันธุ์อื่นๆ

ควรมีการศึกษาในผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการอยู่ในระดับต่ำเด็กที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ระดับความฉลาดทางอารมณ์อยู่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และเด็กที่มีน้ำหนัก ค่อนข้างมากหรือมากเกินไป เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. วิกฤตพัฒนาการเด็กปฐมวัยของไทย. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 24 มิถุนายน 2559]. เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org/content/2016/06/12324>.
2. ประสิทธิ์ เขจรจิตร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการต่ำของเด็กวัยก่อนเรียนในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 6. 2556; 3 : 168-175.
3. ศิริลักษณ์ พนมเชิง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเด็กที่มีภาวะพูดช้ากว่าวัย (Delayed Speech) แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิก Well Baby แผนกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลบางละมุง. สาขากุมารเวชศาสตร์ กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารกุมารเวชศาสตร์. 2556; 1: 44-55.
4. ปรียณัฐ ชัยกองเกียรติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็กปฐมวัย. วารสารมหาวิทยาลัยนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ปีที่ 5. 2561; 2: 161-171
5. จารุณี จตุพรเพิ่ม. การศึกษาภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มจังหวัดที่ 6 และ 7. ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2551
6. จิรนนท์ ไขแก้ว. (2550). การรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัวในชนบท. [การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต.] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; 2545
7. สุภาวิณี ลายบัว. ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองกับความรู้ของผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในสถานศึกษา เขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี [วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2554.
8. สุปราณี การพึ่งตน. การเปรียบเทียบการดูแลเรื่องอาหารเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารการพยาบาลพระปกเกล้า ปีที่ 22. 2554; 2 : 15-27.
9. นุสรรา โชติชัย. การปฏิบัติพันธกิจของครอบครัวในการอบรมเลี้ยงดูบุตรวัย 1-3 ปี ที่มารดาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
10. สุกัญญา สอนสี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปีที่ 28. 2560: 90-99.
11. ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา. พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน: การศึกษาผลกระทบของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร [วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
12. นิรมัย คุ่มรักษา พรพิมล ธีรนนท์ และศุภรพรรณ ศรีธีรณัฐมี. สภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 22 . 2557; 2: 76-83.
13. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ . 2559; 3: 205-210.
14. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.

15. สถาบันราชกุมาร กรมสุขภาพจิต. คู่มือดำเนินงานโครงการพัฒนา IQ EQ เด็กวัย 0-5 ปี ภายใต้โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว : เพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็กวัย 0-5 ปี.กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิงจำกัด; 2552.
16. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวง ศึกษาธิการ. การศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์:ความฉลาดทางอารมณ์(Emotion Quotient: EQ). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพริกหวานกราฟฟิคจำกัด; 2552.
17. สถาบันราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พัฒนาการสติปัญญาเด็กปัญญาเด็กไทย IQEQ, กิน กอด เล่น เล่า (2 ก 2 ล) กับลูกอายุ 0 - 5 ปี; 2554.

คำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ความรู้ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม และงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ข่าวสารความรู้และผลงานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นสื่อการในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทศนะและความคิดเห็น แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ภาควิชาในเขตสุขภาพที่ 1 และผู้สนใจที่เกี่ยวข้อง ยินดีรับบทความทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน ซึ่งจัดทำปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานและมีรูปแบบเดียวกัน กองบรรณาธิการจึงมีคำแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์วารสาร ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (original article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะและเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศระหว่างสรุป และเอกสารอ้างอิงก็ได้

2. **บทความวิชาการทั่วไป (general article)** เป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่เรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจากวารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง

3. **รายงานผู้ป่วย (case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

4. **บทความพิเศษ (special article)** เป็นบทความประเภทกึ่งบทความปริทัศน์ กับบทความทั่วไปที่ไม่สมบูรณ์พอที่จะบรรจุเข้าเป็นบทความชนิดใดชนิดหนึ่ง เป็นบทสัมภาษณ์ หรือบทความแสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. **ต้นฉบับภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ** องค์ประกอบต่าง ๆ ของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการให้ทำตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับนี้ บทความส่วนที่เป็นภาษาอังกฤษ ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความถูกต้องด้านการใช้ภาษาก่อน

2. การพิมพ์ ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word โดยจัดหน้ากระดาษ ขนาด A4 (8.5 x 11 นิ้ว) ตั้งค่าน้ำกระดาษสำหรับการพิมพ์ห่างจากขอบบนกระดาษ 1 นิ้ว (1.25 นิ้ว เฉพาะหน้าแรก) ขอบล่าง 0.8 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 0.8 นิ้ว จัดสองคอลัมน์ (ยกเว้นบทความภาษาไทย บทความภาษาอังกฤษ และเอกสารอ้างอิงให้จัดหนึ่งคอลัมน์) ความกว้างคอลัมน์ 2.98 นิ้ว ระยะห่างระหว่างคอลัมน์ 0.25 นิ้ว ใส่หมายเลขหน้ากำกับอยู่ด้านบนขวาทุกหน้า

3. รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษรทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษใช้ขนาดเดียวกัน ดังนี้

- 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 ตัวหนา
- 2) ชื่อผู้รับผิดชอบความใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวปกติ
- 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้รับผิดชอบความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ

4) หัวข้อหลักใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา หัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา

5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวปกติ

6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ

4. จำนวนหน้า ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง

5. ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ และกราฟ หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหาที่จัดเป็น 2 คอลัมน์ หากมีขนาดใหญ่ให้จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ผู้รับผิดชอบความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพแผนภูมิ และกราฟให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้น ๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน

6. การส่งต้นฉบับ ให้ส่งบทความต้นฉบับ (ในรูปแบบไฟล์ word) พร้อมแบบนำเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2. ชื่อผู้รับผิดชอบความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้า และตำแหน่งทางวิชาการไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้รับผิดชอบหลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้เขียน

3. สังกัดผู้รับผิดชอบความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้รับผิดชอบความ และใส่สถานะของผู้

นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงบรรณของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. **บทคัดย่อ (abstract)** บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 **บทนำ (introduction)** นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 **วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives)** นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษา ค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 **สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี)** เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 **ประชากร (population)** นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 **กลุ่มตัวอย่าง (sample)** นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 **เครื่องมือการวิจัย (research instrument)** นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย

6.1.8 **การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)** นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 **การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis)** นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 **ผลการวิจัย (results)** นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 **สรุปผลการวิจัย (conclusion)** เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นที่ผลการวิจัยสอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกันทราบว่าควรจะต้องศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุป ที่สมบูรณ์

6.2 บทความวิชาการ (academic article) : ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล (causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่าง ๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหาสาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้บ้าง หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7 เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน

การอ้างอิงเอกสาร

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสาร การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
2. การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ โดยใส่หัวเลขไว้ในช่วงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำๆ ให้ได้หมายเลขเดิม สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหา

หลักเกณฑ์การอ้างอิงให้ใช้ระบบ Vancouver

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾

2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ซ้ำกัน เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีที่ (Year) ; เล่มที่ ฉบับที่ของวารสาร(Volume (No) : หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
1. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book).ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition). สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535.Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

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

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
1. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า screen]' เข้าถึงได้จาก Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
1. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
3. เรื่องที่ได้รับพิจารณาพิมพ์เผยแพร่ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียน เรื่องละ 3 ฉบับ

(ตัวอย่างรูปแบบ)

ชื่อบทความภาษาไทย

CLICK OR TAP HERE TO ENTER TEXT.

ชื่อ สกุลผู้แต่งคนแรก *, ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 2 และ ชื่อ สกุลผู้แต่งคนที่ 3

Name Last name1, Name Last name2 and Name Last name3

สังกัด, เลขที่ ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์1, 2, 3

Affiliation, No. Road, Sub-district, District, Province, Postal code1, 2, 3

*Corresponding author E-mail: พิมพ์อีเมลของผู้ติดต่อหลักตรงนี้

บทคัดย่อ

บทคัดย่อภาษาไทย ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาไทย ตัวอักษร TH SarabunPSK 16 โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 500 คำ

คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ให้ระบุถึงความสำคัญโดยย่อของงานวิจัย ครอบคลุมปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือ อุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และผลการวิจัย โดยสังเขป บทคัดย่อเขียนเป็นภาษาอังกฤษ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 14 โดยมีเนื้อหารวมกันแล้ว ไม่เกิน 300 คำ

KEYWORDS: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3, คำที่ 4, คำที่ 5 ความยาวไม่เกิน 5 คำ ใช้คอมม่าคั่นระหว่างคำสำคัญแต่ละคำ

บทนำ

(Introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย รวมถึงแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 พร้อมทั้งอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง และนำเสนอชื่อ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(Objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

สมมุติฐานการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun

PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

ประชากร

ประชากร (Population) นำเสนอคุณลักษณะและจำนวนให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย (Research instrument) นำเสนอชนิดของเครื่องมือ วิธีการสร้าง การทดลองใช้ (Try out) และการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย (Results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือสังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบายผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือ

ตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัย ให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้น ๆ กระชับ โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย (Conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พอยต์ ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย (Discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าคุณค่าการวิจัยสอดคล้อง หรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย ที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐานทาง ทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน โดยใช้ ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 16

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปี ที่ (Year)/;เล่มที่/ฉบับที่ของวารสาร(Volume/(No)/:หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page).
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อหนังสือ(Title of the book).//ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้น ไป(Edition).//สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year)
ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์.//ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้รับปริญญา
ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author).//ชื่อบทความ(Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal).//[ประเภทของสื่อ/วัสดุ].//ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/ screen]’//เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....

ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK
ขนาดตัวอักษร 14

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัย ไปใช้ (Suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถนำ ผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามีภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดตัวอักษร 14

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เป็น ข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะ เดียวกันทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหา หรือตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือ ข้อสรุปที่สมบูรณ์ โดยใช้ ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ถ้ามี ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด ตัวอักษร 14

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท

ชื่อเรื่อง(ไทย)

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก..... หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

- ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว
☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง
☐ บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำไปเพื่อ

พิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสาร
การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)

หนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์บทความ
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

เรียน บรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ตามที่ข้าพเจ้า.....

ได้ส่งบทความเรื่อง.....

เพื่อตีพิมพ์ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และกองบรรณาธิการได้รับพิจารณาบทความของข้าพเจ้าเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม (ถ้ามี) ขอรับรองว่า บทความที่เสนอนี้ยังไม่เคยได้รับการตีพิมพ์หรือไม่ได้อยู่ระหว่างกระบวนการพิจารณาลงตีพิมพ์ในวารสารหรือแหล่งตีพิมพ์อื่นใด หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยอมรับนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของ วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทั้งยินยอมให้กองบรรณาธิการมีสิทธิพิจารณาและตรวจแก้ต้นฉบับได้ตามที่เห็นสมควร พร้อมนี้ขอมอบลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ให้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ หากมีการฟ้องร้องเรื่องการละเมิดลิขสิทธิ์เกี่ยวกับภาพ แผนภูมิ ข้อความส่วนใดส่วนหนึ่ง และ/หรือข้อคิดเห็นที่ปรากฏในบทความ ข้าพเจ้าและผู้นิพนธ์ร่วม ยินยอมรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว

หาก กองบรรณาธิการวารสาร ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตรวจพบว่าคำรับรองดังกล่าวไม่เป็นความจริง รวมทั้งหากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามนโยบายการพิจารณาตีพิมพ์ผลงานของวารสารบัณฑิตวิทย์ กองบรรณาธิการ มีสิทธิ์ยกเลิกบทความของข้าพเจ้าออกจาก วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้ทันทีโดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า และข้าพเจ้าขอรับรองและยินยอมปฏิบัติตามข้อตกลงดังกล่าวข้างต้น พร้อมทั้งลงนามรับรองไว้ที่ข้างท้ายของหนังสือรับรองฉบับนี้

ลงนามผู้นิพนธ์หลัก (คนที่ 1)

ลงนามผู้นิพนธ์ร่วม (คนที่ 2)

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

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

...../...../.....

...../...../.....

หมายเหตุ: ให้ผู้นิพนธ์หลักและผู้นิพนธ์ร่วมลงนามให้ครบทุกท่าน หากมีผู้นิพนธ์มากกว่า 2 ท่าน สามารถเพิ่มเติมรายชื่อผู้ลงนามข้างท้ายได้ ตามจำนวนผู้นิพนธ์บทความทั้งหมด