



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

ISSN 2985-0150 (Online)



2024

ปีที่ 7 ฉบับ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 (Vol. 7 No.2 May – August 2024)



ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI)

กลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) และบทความวิจัย (Research articles) ซึ่งต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรืออยู่ระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานที่ได้นำเสนอในการประชุมทาง วิชาการที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณา ที่ ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบัน พิจารณาคุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ สำหรับบทความ วิชาการ อย่างน้อย 2 ท่าน และบทความวิจัย อย่างน้อย 3 ท่าน แบบ Double blinded โดยไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุลและหน่วยงานของทั้งผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิ ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็น ของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115
จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ journal@pckpb.ac.th

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว บรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จินตนา ทองเพชร กองจัดการ อาจารย์ทิพวัลย์ มีทรัพย์ นางโสภิษฐ์ มิตรดี เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศ.ดร.รัตนศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พล.ต.หญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยภิตติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิตร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.มนพร ขาดิขันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผศ.ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ผศ.ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.รพีพรรณ นาคนุปผา วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
--	---

กำหนดเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนเมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนสิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) ในกลุ่มที่ 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณากลั่นกรอง (peer-review) จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความวิจัย และอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความวิชาการ แบบ double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2985-0150 (Online) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567 นี้ ฉบับนี้ มีบทความวิจัย (research article) จำนวน 7 เรื่อง ประเด็นเกี่ยวกับ 1) การบริการผู้ป่วยวิกฤติ (critical care) ได้แก่ ประสิทธิภาพของญาติ ด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อ ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ และการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี 2) ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์แรก 3) การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้แก่ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ และผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และ 4) การจัดการความรู้ (knowledge management) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่ว โลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม รวมทั้ง บทความวิชาการ (academic article) จำนวน 1 เรื่อง ในประเด็นการสื่อสารสุขภาพ (health communication) เรื่อง บทบาทพยาบาลกับการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน และขอขอบคุณคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง กองจัดการวารสารทุกท่าน ที่ทุ่มเทสนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ขณะนี้ ยังคงมีคิวว่างสำหรับปีที่ 7 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 10 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 8-9 เรื่อง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิจัย

ประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อ ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ Relatives' Experiences Regarding Patient Safety and Refer Out of a Community Hospital, Surin Province จิรพงษ์ สายบุตร, บุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, จารุวรรณ ธาดาเดช Jirapong Saibuth, Boontip Siritarungsri, Charuwan Tadadej	1
การพัฒนาแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี A Development of Nursing Model for Acute Ischemic Stroke Patients in Accident and Emergency Department, Koh Sichang Hospital, Chonburi Province บุปผา ไตรวุฒานนท์, นิศมา ภูชคณิตย์ Bubpha Traiwuttanon, Nissama Poochakhanit	17
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง The Effects of a Program for Cervical Cancer Screening Promotion in New Normal Era among Women in Risk Group ชุตินา ทองบ้านท่ม, กนกพร นทีธนสมบัติ, ชฎาภา ประเสริฐทรง Chutima Thongbantum, Kanokporn Nateetanasombat, Chadapa Prasertsong	31
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี Effectiveness of a Health Literacy Enhancement Program for Postpartum Mothers on Neonatal Hypoglycemia Prevention, Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi ศิริวดี ชุ่มจิต Siriwadee Chumjit	44
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ Health Promoting Behavior among Nursing Students in a Public University สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, พูนสุข ช้วยทอง Surang Cherwanitchakorn, Poonsook Shuaytong	60

สารบัญ (ต่อ)

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม	75
Effect of a Knowledge Management Program on Counseling Behavior Regarding Breastfeeding among Nursing Students: A Post-pandemic of Coronavirus 2019 Outbreak in Nakhon Pathom Province	
ปทุมปวีร์ กิตติกุล, ดวงพร ผาสุวรรณ, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์ Punpawee Kittikul, Duangporn Pasuwan, Wanpen Waelveerakub	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์แรก	90
The Effect of a Health Literacy Promotion Program Using LINE Application on the Behavior of Preventing Preterm Labor in Primigravida	
เสาวนีย์ อินทรเนตร, รพีพรรณ นาคบุบผา Sawwanee Intaranate, Rapeepan Narkbubpha	
☐ บทความวิชาการ	
บทบาทพยาบาลกับการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย	105
The Role of Nurses in Health Communication to Promote Community Participation in Early Childhood Health Promotion	
ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม, ทศนีย์ ตรีสายลักษณ์, ณัฐธยาน์ อังคประเสริฐกุล, วาริณีย์ แสนยศ Natthaya Chergchalard Chooprom, Thasane Trisayaluk, Nuttaya Angkprasertkul, Vatinee Sanyod	
☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ	122



บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อ

ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดสุรินทร์

Relatives' Experiences Regarding Patient Safety and Refer Out of

a Community Hospital, Surin Province

จิรพงษ์ สายบุตร^{1*}, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี², จารุวรรณ ธาดาเดช³

Jirapong Saibuth^{1*}, Boontip Siritarungsri², Charuwan Tadadej³

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

(Received: September 12, 2023; Revised: July 13, 2024; Accepted: July 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วย และ 2) เสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยและส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ ผู้ให้ข้อมูล คือ ญาติผู้ป่วยที่ไปกักบริเวณพยาบาล จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ 6 คน และญาติของผู้ป่วยเสียชีวิต 4 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ก่อนการส่งต่อ ญาติได้รับข้อมูลเพียงพอ ทั้งเหตุผล และการเตรียมตัวในการส่งต่อ 2) ขณะการส่งต่อ ความพร้อมและความปลอดภัยในการส่งต่อ พบว่า ญาติมีความพึงใจในอุปกรณ์และพนักงานขับรถ พยาบาลที่ให้การดูแล และ 3) หลังการส่งต่อ ญาติรับทราบขั้นตอนการเตรียมตัวภายหลังการส่งต่อ ได้รับการดูแล และการให้บริการโดยเฉพาะพยาบาลหลังการส่งต่อเป็นไปตามที่คาดหวัง

2. ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลตามรูปแบบของโดนาปีเดียน ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) โครงสร้าง มีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน โดยเฉพาะจำนวนพยาบาลที่ไปกักบริเวณพยาบาล

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master's Student in Nursing Science, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

² ศาสตราจารย์เกียรติคุณ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Professor Emeritus, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

2) กระบวนการ มีการเน้นย้ำให้ผู้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานความปลอดภัยและส่งต่อ และ 3) ผลลัพธ์ คือ ความปลอดภัยและความพึงพอใจของญาติและผู้ป่วย รวมทั้ง ลดความเสี่ยงด้านการฟ้องร้องโรงพยาบาล การดำเนินการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในระยะก่อนการส่งต่อ ขณะการส่งต่อ และหลังการส่งต่อ สิ่งสำคัญ คือ การทำความเข้าใจกับญาติแต่ละขั้นตอนเพื่อลดความวิตกกังวลและการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

คำสำคัญ: ญาติผู้ป่วย, ความปลอดภัย, การส่งต่อผู้ป่วย, คุณภาพการบริการพยาบาล

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to 1) explore the experiences of patients' relatives regarding safety during patient care and transfer, and 2) propose strategies for improving nursing quality in patient safety and transfer services at a community hospital in Surin Province. Key informants are the patients' relative who went with the ambulance. Ten key informants were selected by purposive technique and divided into 2 groups, six informants whose patients are still alive; and four informants whose patients have died. A semi-structure interview on the relatives' experiences in patient safety and refer out as a research tool, was developed by the researcher, and using Donabedian Model Framework to propose guidelines for improving the quality of nursing services. Data were analyzed using content analysis. The research findings were as follows.

1. Experience of the relatives regarding safety during patient care and transfer were divided into 3 phases: 1) Before referral phase, the relatives received sufficient information for the refer out, including the rational and the relatives' preparation. 2) During referral phase, there were readiness of the ambulance in terms of equipment and the driver; caring on the ambulance by professional nurses, and satisfaction of the care. 3) After referral phase, the relatives received sufficient information on procedures of the after referral, receiving good care and services from the hospital personnel, especially nurses that relying on their expectations.

2. Based on Donabedian Model, the study suggests quality improvement strategies across three dimensions: 1) Structure is a clear policy, especially number of nurses who go with the ambulance. 2) Process emphasize on operation rely on the standards. 3) Outcomes are patients' safety; and satisfaction of the relatives and patients, as well as decreasing the risk of hospital law suits.

Ensuring effective communication with relatives at each stage of patient transfer is crucial for reducing anxiety and enhancing nursing service quality. Implementing the recommended strategies can contribute to better patient safety and overall service quality in community hospital settings.

Keywords: Patient's relatives, Safety, Refer out, Nursing service quality

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติคาดหวังจากการได้รับบริการ (World Health Organization, 2019) และเป็นประเด็นที่ระบบสุขภาพทั่วโลกให้ความสนใจและให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ องค์การอิสระของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล มีหน้าที่ตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อให้การรับรองคุณภาพแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ (Joint Commission International, 2020) โดยเน้นการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ครอบคลุมทั้งการบริหารจัดการองค์กร ทิศทาง และภาวะผู้นำรวมถึงระบบโครงสร้าง ความปลอดภัยทุกระบบที่มีความเกี่ยวข้องกัน โดยเฉพาะระบบการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Joint Commission international, 2020) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรในปี พ.ศ. 2560 (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2559) โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2017) เป้าหมายหนึ่งของความปลอดภัยผู้ป่วยตามมุมมองของผู้ให้บริการ คือ การจัดการความเสี่ยงเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง (emergency response) ได้แก่ การประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการทรุดลง โดยตอบสนองการจัดการอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างรวดเร็ว สะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมทั้ง การมีแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน (Chuengsatiansup, 2014) และประชาชนพึงได้รับตามสิทธิ สามารถตอบสนองนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (universal coverage for emergency patients: UCEP) (Sanhunphun, 2019) อย่างไรก็ตาม ในมุมมองหรือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งต่อยังคงมีความเสี่ยงในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ คือ มีโอกาสทำให้เกิดการบาดเจ็บ และสูญเสียถึงขั้นเสียชีวิตได้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2566-2570) คือ มุ่งเน้นการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้แก่ประชาชน และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิผล ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ โดยมีระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐานจำนวน 6,499 หน่วย ระดับสูง 1,339 หน่วย และระดับเฉพาะทาง 16 หน่วย ได้ออกปฏิบัติการฉุกเฉินตามประเภทพาหะฉุกเฉิน ระหว่างปี 2564-2566 ทางบก 1,806,272; 1,809,028 และ 1,972,976 ครั้ง ทางน้ำ 1,562; 1,475 และ 2,044 ครั้ง และทางอากาศ 95; 104 และ 220 ครั้ง ตามลำดับ (National Institute for Emergency Medicine, 2023) โดยสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานบนรถพยาบาล ได้แก่ ปังจายส่วนบุคคล พนักงานขับรถพยาบาลไม่เคยผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรขับรถพยาบาล พนักงานขับรถพยาบาลบางคนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ขับรถด้วยความเร็วมาก บางเหตุการณ์ญาตินั่งเบาะหน้า 2 คน และผู้ร่วมโดยสารในห้องพยาบาล

ส่วนใหญ่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ด้านรพพยาบาล พบว่า มีอายุใช้งานประมาณ 2-5 ปี รถและอุปกรณ์ภายในรถ ไม่ได้รับการตรวจสภาพและขึ้นทะเบียนในระบบ ไม่ติดตั้งระบบกำหนดตำแหน่ง (global positioning system: GPS) และส่วนใหญ่ไม่มีประกันภัยรถยนต์ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เกิดบนถนนสายหลัก ถนนนอกชุมชนที่ใช้ความเร็วได้ค่อนข้างมาก มีลักษณะภูมิประเทศเป็นเขา ทางโค้ง ถนนเลนคู่ มีหลายเหตุการณ์ที่ไม่มีป้ายสัญลักษณ์ เช่น การปิดช่องจราจร ป้ายทางขึ้นเขา (Sethasathien et al., 2015) ซึ่งส่งผลให้บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้รับบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ตลอดจนสูญเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดำเนินคดี ค่ารักษาพยาบาล สูญเสียรายได้และมีผลกระทบต่อความรู้สึกของครอบครัว นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อองค์กร เช่น ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน สูญเสียงบประมาณ ในการซ่อมแซมรถพยาบาล ค่าดูแลรักษาพยาบาล และส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ขององค์กร การป้องกัน และควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของรพพยาบาล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อลดการสูญเสีย (Rattiyakorn & Somkid, 2021) รวมทั้ง จากการมองต่างมุมระหว่างญาติ/ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดเป็นเสียงสะท้อนต่อกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยในด้านความปลอดภัย และทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งมีการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการส่งต่อให้ได้ตามมาตรฐานการส่งต่อ (Nongnuch et al., 2017)

จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีหน่วยบริการ 17 แห่ง แบ่งระดับโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง จำนวน 9 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 2 แห่ง มีการให้บริการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2564 ร้อยละ 83.45, 83.47 และ 89.97 การใช้บริการผู้ป่วยใน 3.49, 3.57 และ 4.34 และการใช้บริการผู้ป่วยนอก 3.86, 3.88 และ 3.60 ตามลำดับ (Region 9 Public Health Office, 2022) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ได้ทำการสอบสวนหาสาเหตุถึงปัญหาของการเกิดอุบัติเหตุทั้งจากผู้ป่วยและญาติรวมทั้งเจ้าหน้าที่ แต่เป็นข้อมูลโดยภาพรวมของโรงพยาบาลทุกระดับ มิได้แจกแจงข้อมูลของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ซึ่งต่างอาจมีบริบทและผู้มาใช้บริการแตกต่างกัน รวมทั้งจากข้อมูลที่ได้จากการสอบถามญาติผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่า การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งนี้ มีการแนะนำและบอกกล่าวจากญาติที่ไปกับรถพยาบาล ในเรื่องความเสี่ยงต่อความปลอดภัยและคุณภาพการบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ในรถพยาบาลไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่พยาบาลไปได้เพียง 1 คน บางครั้งไม่มีพยาบาลไปกับรถด้วย เป็นต้น แต่การแนะนำและบอกกล่าวดังกล่าว ยังไม่มีการรวบรวมและรายงานข้อมูลถึงประเด็นปัญหาอย่างชัดเจน รวมทั้ง ยังไม่มีการนำข้อมูลเหล่านั้นมาปรับปรุงคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ (National Institute for Emergency Medicine, 2023) ด้วยประเด็นปัญหาของความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญถึงการศึกษาประสบการณ์การรับรู้ความปลอดภัยของญาติในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ และหลังการส่งต่อโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยและความปลอดภัยขณะส่งต่อ แต่ยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์ด้านความปลอดภัยของญาติผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทั้ง 3 ระยะ เพื่อให้การ

ส่งต่อผู้ป่วยมีปลอดภัยและตอบสนองความต้องการของญาติและ/หรือผู้ป่วย และนำข้อมูลจากประสบการณ์การรับรู้ความปลอดภัยของญาติ มาเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยและส่งต่อผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งระบบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย และแนวคิดที่เกี่ยวข้องในด้านความปลอดภัยผู้ป่วยในการส่งต่อ รวมทั้ง วิเคราะห์บริบทของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุรินทร์ ที่ทำการศึกษ และบูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคิดด้านความปลอดภัยของกองการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of Public health, 2019) 2) แนวทางของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (National Institute for Emergency Medicine, 2016) และ 3) แนวคิดในการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพของโดนาเบเดียน (Donabedian model) (Ibn El Haj et al., 2013)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วย
2. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยและส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติของผู้ป่วยที่ไปกักบริเวณพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มานอนรับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ ตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ในช่วงเดือน เมษายน 2564 – พฤศจิกายน 2565 ซึ่งเป็นผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง (stable with medium risk of deterioration) ซึ่งได้รับการประเมินจากแพทย์ว่า จำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังอีกสถานพยาบาลหนึ่ง

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ญาติของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ 6 คน และญาติของผู้ป่วยเสียชีวิต 4 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ สามารถสื่อสารภาษาไทยให้เข้าใจได้ดีและเต็มใจให้ข้อมูลจนสิ้นสุดโครงการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ญาติมีเหตุขัดข้องทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลานัดหมายได้ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาประสบการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ และระดับการศึกษา

2) ประสบการณ์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการส่งต่อ ระหว่างการส่งต่อ และหลังการส่งต่อ รวมทั้งข้อเสนอแนะทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีประเด็นคำถามสำคัญ ๆ ดังนี้ 1) ท่านได้รับการบอกกล่าวจากพยาบาลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทรุดลงหรือไม่อย่างไรบ้าง และข้อมูลที่ได้รับเพียงพอเพื่อใช้ในการการตัดสินใจและให้ความยินยอมรับในการส่งต่อหรือไม่ อย่างไรบ้าง บุคลากรและยานพาหนะในการส่งต่อ มีความพร้อมและความปลอดภัยเพียงใด ผู้ป่วยและท่านมีความรู้สึกและพึงพอใจในการดูแลขณะส่งต่อหรือไม่ อย่างไร และต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยระหว่างส่งตัวไปรักษาต่ออย่างไรบ้าง ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อไปถึงโรงพยาบาลปลายทาง อย่างไรบ้าง และ 2) ผู้ป่วยและท่านได้รับความปลอดภัยหรือไม่ อย่างไรบ้าง ท่านมีข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติมที่จะช่วยให้ระบบการส่งต่อมีความปลอดภัยและปลอดภัยเพิ่มขึ้น อย่างไรบ้าง และท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบการส่งต่อที่มีอยู่เพื่อให้ตอบสนองความต้องการของท่านและผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพโรงพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาปริญญาโททางการพยาบาลและปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างาน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาปริญญาเอกทางการพยาบาลและปฏิบัติงานเป็นหัวหน้างาน 1 และอาจารย์พยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการบริหาร 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index : CVI) เท่ากับ 1.0 และได้ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครอบคลุมถึงประสบการณ์ของญาติที่มีมุมมองสะท้อนถึงความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยผู้วิจัยเข้ารับการอบรมทางออนไลน์ในเรื่องเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) รวมทั้งศึกษาวิธีการจากคลิป์วิดีโอจนเกิดความมั่นใจในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

2. หลังโครงร่างการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยนัดหมายทางโทรศัพท์ และสัมภาษณ์ ณ สถานที่ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อม คือ ที่บ้านผู้ป่วย และใช้เวลาสัมภาษณ์แต่ละรายประมาณ 30 นาที ดำเนินการเก็บ

ข้อมูลเป็นรายบุคคลจนได้ข้อมูลอ้อมตัวที่จำนวน 10 คน ประกอบด้วย ญาติของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิต จำนวน 6 คน และญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิต จำนวน 4 คน

3. กำหนดรหัสผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นญาติผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ จำแนกเป็นญาติผู้ป่วยที่เกิดความพิการ คือ PD ญาติของผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อให้เข้าใจได้ดีคือ PR และญาติของผู้ป่วยที่เสียชีวิต คือ PP

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของอารีย์วรรณ อ่วมตานี (Uamtani, 2016) ดังนี้

1. การจัดการข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมาจัดระเบียบข้อมูลให้พร้อมจะดำเนินการวิเคราะห์ โดยการถอดเทปข้อมูลจากการสัมภาษณ์ให้เป็นเอกสารอย่างละเอียด แบบคำต่อคำ

2. การค้นพบประเด็น ได้แก่ การพบข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลตรงกัน จากนั้น นำข้อมูลที่ได้กำหนดรหัสไว้มาจำแนกเป็นประเด็น ๆ (themes)

2.1 กำหนดประเด็นสำคัญ ที่เป็นข้อค้นพบในการวิจัยสามารถดูได้จากรหัสของข้อมูลที่ทำไว้ทั้งหมด

2.2 แสดงรายละเอียดของประเด็น เมื่อได้ประเด็นสำคัญแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการกำหนดว่าแต่ละประเด็นมีสาระสำคัญและมีรายละเอียดอะไรบ้าง

3. อธิบายข้อมูล การอธิบายข้อมูลที่ค้นพบไปสู่คำอธิบายเชิงแนวคิดสำหรับข้อค้นพบทั้งหมดและสังเคราะห์คำอธิบายนั้นใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นที่ค้นพบ

4. เขียนบันทึก เขียนอธิบายข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ซึ่งสามารถเขียนและบันทึกไว้ได้ตลอดทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องโดยตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์จากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย ยืนยันว่าผลการวิเคราะห์ถูกต้อง (data triangulation) โดยการตรวจสอบช่วงเวลาต่างกัน สถานที่ และบุคคล แหล่งเวลาและเลือกข้อมูลเพื่อแสดงหลักฐาน (data display) จัดกลุ่มข้อสรุปตามโครงสร้างการนำเสนอและปรับโครงสร้างให้เหมาะสมกับข้อสรุปคัดเลือกคำพูดจริงจากการถอดเทปที่สอดคล้องกับโครงสร้างไปรวมกันไว้เป็นส่วน ๆ การสร้างข้อสรุป (conclusion) โดยสังเคราะห์ผลการวิจัยจากข้อมูลที่รวมไว้ในโครงสร้างข้อสรุปไปทีละส่วน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลประสาท เลขที่ PSH REC No.005/2564 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2564 และเนื่องจากปัญหาของสถานการณ์โควิดระบาด จึงได้ขอขยายเวลาการศึกษาวิจัยและได้หนังสือรับรอง เลขที่ PSH REC No.001/2566 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลการวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูลจนเป็นที่เข้าใจ และระหว่างการเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลสามารถยกเลิกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลเสียใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล รวมทั้ง ข้อมูลที่ได้รับจะสรุปผลการวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลที่ไปกัรบรพพยาบาล จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31-70 ปี อายุเฉลี่ย 50 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จำนวน 4 คน อาชีพรับจ้างจำนวน 3 คน ค้าขาย 1 คน และว่างงาน 2 คน จบการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 6 คน มัธยมศึกษาจำนวน 3 คน และปริญญาตรี จำนวน 1 คน และมีรายได้ ระหว่าง 1,500-6,000 บาท รายได้เฉลี่ย 3,500 บาท

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 10 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุในช่วง 64-79 ปี จำนวน 5 ราย สิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรทอง มีรายได้อยู่ในช่วง 600-1,250 บาท จำนวน 5 ราย การวินิจฉัยโรค ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เนื้อเยื่ออักเสบ และแผลกดทับที่มีการติดเชื้อ จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 2-8 วัน จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาจากแพทย์แล้วว่าต้องเตรียมการส่งต่อเนื่องจากอาการทรุดลงและต้องการการรักษาด้วยอุปกรณ์การรักษาเพิ่มเติม และต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์เฉพาะทาง ผลการประเมินระดับและความรุนแรงพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง ระดับ M จำนวนผู้ป่วยที่มีพยาบาลไปกัรบรพพยาบาล 2 คน จำนวน 4 ราย มีพยาบาลไปกัรบรพพยาบาล 1 คน จำนวน 5 ราย และไม่มีพยาบาลไปกัรบรพ จำนวน 1 ราย

2. ประสพการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อ จำแนกตามระยะ ของการส่งต่อ ดังนี้

2.1 ระยะก่อนส่งต่อผู้ป่วย สรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.1.1 ได้รับการบอกกล่าวข้อมูลและเหตุผลในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่ออย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (พนมดงรักฯ) มานานหลายวัน แต่มีอาการทรุดลงมาก หรือต้องส่งไปรับการรักษาที่แพทย์เฉพาะทางซึ่งโรงพยาบาล (พนมดงรักฯ) อุปกรณ์การดูแลรักษาบางประเภทไม่มี ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...อาการทรุดลงจะไม่ปลอดภัย ...ต้องการใส่ท่อหายใจ...ถ้าใส่ท่อใส่เครื่องช่วยหายใจ (ต้อง) ไป (รักษาต่อ) อีกโรงพยาบาลหนึ่ง...” (PR1)

“...(ให้ข้อมูล) เพียงพอ...กลัวอาการจะแย่ไปเรื่อย ๆ เชื่อตามที่คุณหมอและพยาบาลบอกว่าต้องส่งตัวไปสุรินทร์ เพื่อรักษากับหมอใหญ่ เครื่องมือดีกว่าผู้ป่วยจะได้ปลอดภัยค่ะ...” (PP1)

“...อุปกรณ์ทางแพทย์ก็ไม่เพียงพอ หมอเฉพาะทางที่นี่ก็ไม่มี ไม่มีห้องไอซียู...เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจด้วย ...ข้อมูลที่ได้รับก็เพียงพอที่ตัดสินใจไป...” (PP3)

2.1.2 ได้รับทราบข้อมูลและการดูแลตามที่ได้รับบอกกล่าวก่อนการส่งตัวระหว่างสถานพยาบาล ญาติได้รับการบอกกล่าวข้อมูลและเหตุผลอย่างเพียงพอในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อให้ปลอดภัย การเตรียมตัวก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลปลายทางอย่างเพียงพอ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ก็ปลอดภัยค่ะ มีอุปกรณ์ครบในรถ คุณหมอก็แนะนำ พยาบาลก็แนะนำภายในรถตลอด จนถึงโรงพยาบาลค่ะ...” (PP4)

“...ความปลอดภัยในบนรถที่ส่งไปสุรินทร์ ถือว่าอยู่ที่ดี มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องมือก็พร้อม กับเจ้าหน้าที่กับคนขับรถก็พร้อมขับรถ ไม่เร็วเกินไปแล้วก็ไม่ช้าเกินไป...” (PD1)

“...ความปลอดภัย คุณหมอเขาดูแลอย่างดีครับ วัดความดันก็ดี ดูแลจนตลอดถึงโรงพยาบาล...คนขับรถก็ขับช้า ๆ ครับ...” (PD3)

“...พยาบาลก็ดูแลจุดหมายที่รักษาจากพมมตรงรักไปสุรินทร์ คือปลอดภัย รวดเร็ว ไม่มีอะไรบกพร่อง ปลอดภัยที่สุด...” (PR1)

2.2 ระยะขณะการส่งต่อผู้ป่วย สรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.2.1 อุปกรณ์ ยานพาหนะ และพนักงานขับรถมีความพร้อมในการปฏิบัติงานส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ญาติผู้ป่วยที่ไปกับรถพยาบาลให้ประสบการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือและอุปกรณ์บนรถพยาบาลมีความพร้อมใช้และรถพยาบาลมีความปลอดภัยขณะการส่งต่อผู้ป่วย ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...ดูแล้วก็ปลอดภัยดีค่ะ อุปกรณ์ พยาบาล คนขับรถ ก็คือทำให้เราไม่หวาดกลัวในการนั่งไป...” (PD2)

“...มีคุณพยาบาลไปด้วยคนเดียวกะรู้สึกมีความปลอดภัย มีความอบอุ่นใจ เครื่องไม้เครื่องมือมีความพร้อมมีให้ออกซิเจน มีน้ำเกลือ มีตัววัดความดัน เครื่องจับออกซิเจน มีทุกอย่างค่ะ...” (PP1)

“...คนขับรถก็ขับรถได้ดี ไม่ได้ขับเร็ว มีปลอดภัย...” (PP3)

“...ก็มีอุปกรณ์ครบในรถ ที่จะสามารถช่วยผู้ป่วย...” (PP4)

2.2.2 ได้รับการดูแลบนรถพยาบาลขณะส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ญาติผู้ป่วยที่ไปกับรถพยาบาลให้ประสบการณ์เกี่ยวกับขณะส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลมีพยาบาลวิชาชีพประเมินอาการพยาบาลวิชาชีพมีการเฝ้าระวังและการประเมินซ้ำ โดยการวัดสัญญาณชีพ และดูแลติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...คุณพยาบาล เขาก็ใส่ใจผู้ป่วยดีให้ความสนใจตลอดเวลา แล้วก็บอกญาติได้ตลอดเส้นทาง ก็ประทับใจคุณพยาบาลค่ะ ที่เขาดูแลเอาใจใส่เหมือนญาติของเขาเอง (PR2)

“...คุณพยาบาลมีความพร้อมบิช่วยหายใจตลอด...ทำให้รู้สึกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย” (PP3)

“...ถ้าคุณยายมีความดันต่ำลง หรือยังงั้นเขาก็จะวัดแล้วเขาก็จะบอกแนะนำ...” (PP4)

“...เขาสังเกตอาการแล้วก็ให้การพยาบาลคุณยายตลอดเวลา...” (PR3)

2.3 ระยะหลังการส่งต่อผู้ป่วย สรุปประเด็นได้ ดังนี้

2.3.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีหลังการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลซึ่งเป็นไปตามที่ญาติคาดหวัง ญาติมีความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่ได้รับหลังจากส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีการประสานงานที่สะดวกรวดเร็ว เครื่องมืออุปกรณ์ครบและมีการส่งตัวไปอย่างปลอดภัย ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ เพราะอาการพ่อดีขึ้น...” (PR1)

“...ก็เป็นไปตามที่คาดไว้นะคะ คุณแม่ถึงที่โรงพยาบาลสุรินทร์อย่างปลอดภัย ก็มีการประสานงานไว้อย่างสะดวกรวดเร็วมากเลยคะ...” (PD2)

“...เป็นไปตามคาดหวังค่ะ ทั้งญาติทั้งผู้ป่วยถูกส่งตัวเร็วมากค่ะ รักษาได้ทันท่วงทีคะ...” (PR3)

“...ค่ะ เป็นไปตามคาดที่เราคาดไว้ค่ะ ก็คือคุณยาย ไปถึงนั้นคุณยายปลอดภัย...” (PP4)

โดยสรุปประสบการณ์ด้านความปลอดภัยของผู้รับบริการที่ได้รับการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลทั้ง 6 ประเด็น ได้สะท้อนประสบการณ์ของญาติผู้ป่วย ที่มีต่อการทำงานของบุคลากรที่ไปกับรถพยาบาลในทางบวก คือ มีความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วยทั้ง การให้ข้อมูล การดูแลช่วยเหลือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้ระหว่างทาง ทั้ง 3 ระยะ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยเมื่อไปถึงสถานพยาบาลปลายทาง และยังมีความพึงพอใจการดูแลบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลที่ไปกับรถพยาบาล ทั้งในเรื่องของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลชัดเจนครบถ้วน การดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและกับญาติ รวมทั้ง มีความเป็นกันเอง พุดจาไพเราะ และให้บริการที่รวดเร็ว ตลอดจนบอกความต้องการและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย

3. แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ผลการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และนำเสนอตามแนวคิดของโดนาปีเตียน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 ด้านโครงสร้าง (structure) ผู้บริหารและปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ควรมีการทบทวนจำนวนพยาบาลที่ไปกับรถพยาบาลว่า ควรไป 1 คน หรือ 2 คน หรือไม่มีพยาบาลไปกับรถพยาบาล ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงอัตรากำลังและบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษา รวมทั้ง อาการของผู้ป่วยในการส่งต่อ และให้ประกาศเป็นนโยบายแก่บุคลากร และแจ้งผู้รับบริการได้รับทราบในแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...อยากให้พยาบาลติดรถไปบ้างสัก 1 คน...เผื่อมีอะไรกลางทางมา ญาติผู้ป่วยก็ไม่รู้จักใช้เครื่องมือ กลัวเป็นลูกเงินมาอย่างนั้นตามทาง อยากให้พยาบาลไปด้วย...” (PP2)

“...อยากได้พยาบาลเพิ่มอีกสักคนหนึ่ง...เดิมมีคนเดียวที่จะไปกับรถ...จะได้ปรึกษากัน และช่วยกันได้ทันคะ...” (PD2)

“...กรณีที่มีผู้ป่วยอาการหนัก ก็อยากให้พยาบาลเพิ่มขึ้นอีกสักคน จะได้ช่วยเหลือกันทันคะ...” (PD2)

3.2 ด้านกระบวนการ (process) ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะอย่างต่อเนื่องและให้ดียิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับบริบทโรงพยาบาล และวิวัฒนาการรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความปลอดภัย และมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาลยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...พยาบาลก็ช่วยถึงที่สุดตลอดเส้นทาง...” (PR1)

“...สังเกตอาการแล้วก็ให้การพยาบาลคุณยายตลอดเวลาที่รู้สึกพึงพอใจอยู่ครับ ก็รู้สึกปลอดภัยครับ...” (PR3)

“...พึงพอใจ เพราะไม่ได้จอดระหว่างทาง ไม่มีปัญหาอะไร ไปเร็วปลอดภัย พยาบาลพุดคุยแนะนำดูแลระหว่างทางดี...” (PP1)

“...คุณพยาบาลมีความพร้อม ปีบช่วยหายใจตลอด พอดีในการดูแลในการส่งต่อ...” (PP3)

“...ถ้าทางโรงพยาบาลให้การบริการเร็วทันทั่วทั้งที่แบบนี้ ต่อเนื่องตลอดไป จะดีมาก...” (PR3)

3.3 ด้านผลลัพธ์ (outcome) มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาผลลัพธ์คุณภาพการบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“...มีพยาบาลท่านหนึ่ง... ให้กำลังใจให้เดินทางปลอดภัย ผมยังจำได้อยู่ยังไม่ลืมเลย...ขอให้พยาบาลทุกคนเป็นเช่นนี้ จะช่วยให้ญาติและผู้ป่วยพึงพอใจการบริการมากขึ้น...” (PD1)

“...คือพึงพอใจทุกอย่าง แล้วเข้าใจทุกอย่างที่หมอช่วยพ่อทุกขบวนการค่ะ...” (PR1)

“... มีพยาบาลคอยสังเกตอาการและให้การพยาบาลตลอดเวลาจึงทำให้รู้สึกพึงพอใจและรู้สึกปลอดภัย...” (PR3)

“...ขอชื่นชมเลยค่ะว่าทำงานได้ดีมาก และที่สำคัญคือคุณแม่ปลอดภัยเพราะคุณแม่อายุเยอะ...ขอให้มีการปฏิบัติให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเกิดผลที่ดีกับผู้ป่วยทุกคนตลอดไป...” (PD2)

การอภิปรายผล

1. ประสพการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่สะท้อนประสพการณ์ต่อการทำงานของบุคลากรที่ไปกักรถพยาบาลในทางบวก ทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนส่งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยได้รับทราบถึงเหตุผลในการส่งต่อ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และการเตรียมตัวก่อนส่งต่อ ทั้งเอกสาร และเครื่องใช้ส่วนตัว พยาบาลมีส่วนช่วยในการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อผู้ป่วย แสดงถึงทักษะส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพ ซึ่งจากข้อมูลที่ญาติบอกกล่าวมานั้น มีสอดคล้องกับงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักในความปลอดภัยของผู้ป่วยและพัฒนาการพยาบาลที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องมีการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย เช่น ความตระหนักความปลอดภัยในสถานการณ์ที่เร่งรีบ ทักษะส่งต่อข้อมูลระหว่างวิชาชีพและการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ และทักษะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chaiaree & Chiangkhong, 2019) เมื่อญาติได้รับการยินยอมที่จะส่งต่อ ก็จะมีการเตรียมพยาบาลให้ไปกักรถพยาบาล ซึ่งก่อนการส่งต่อต้องมีการแจ้งข้อมูลญาติถึงโรงพยาบาลปลายทางที่จะส่งต่อ และมีจำนวนพยาบาลร่วมเดินทางดูแลไปกับผู้ป่วยก็คนตามอาการของผู้ป่วยและมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของกองการพยาบาล กำหนดให้ผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ M มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง ต้องมีทีมพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นหัวหน้าทีม และอีก 1 คนเป็นพยาบาลวิชาชีพ (Nursing Division, Ministry of Public health, 2019)

ระยะระหว่างส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ส่งต่อทั้ง 10 ราย มีเพียง 4 ราย ที่มีพยาบาลไปกับรถพยาบาล 2 คน ส่วนที่เหลือ 5 ราย มีพยาบาลที่ไปกับรถเพียง 1 คน และอีก 1 ราย ไม่มีพยาบาลไปกับรถพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานกองการพยาบาล (Nursing Division, Ministry of Public health, 2019) ที่กำหนด คือ ให้มีพยาบาลไปกับรถ 2 คน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลที่อยู่เวรมีจำนวนจำกัด จึงมีความเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ และก่อนส่งต่อผู้ป่วยที่มีจำนวนพยาบาลไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน แพทย์ได้ประเมินอาการแล้วว่าผู้ป่วยปลอดภัยถึงแม้ว่าจะมีพยาบาลไปเพียง 1 คน

หรือไม่มีพยาบาลไปด้วยก็ตาม เช่น มี 1 ราย ที่ไม่มีพยาบาลไปกับรถเพราะจำเป็นต้องส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางมีฉะนั้นอาการผู้ป่วยจะรุนแรงมากขึ้นเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทุกรายมีความปลอดภัย และโดยรวมญาติมีความพึงพอใจ ทั้งอุปกรณ์ พยาบาลไปกับรถ และพนักงานขับรถ ดังนั้น หากญาติได้รับข้อมูลการสื่อสารที่ชัดเจนถึงเหตุผลและความจำเป็นที่มีพยาบาลไปด้วยเพียง 1 คน คงไม่มีประเด็นของญาติผู้ป่วยที่ขอให้เพิ่มจำนวนพยาบาลเพิ่ม

ระยะหลังส่งต่อ ญาติมีความพึงพอใจการดูแลของบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลที่ไปกับรถพยาบาล ทั้งในเรื่องของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลชัดเจนครบถ้วน การดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการส่งต่อผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลและกับญาติ ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมในความปลอดภัย สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการสร้างความปลอดภัยในบริการสุขภาพ พบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของญาติ บทบาทของผู้ให้บริการที่จะสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดความปลอดภัยในการบริการสุขภาพเกิดผลลัพธ์ ที่ดีต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการส่งผลต่อความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพโดยรวม (Yubolpan, 2016)

2. แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยและส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ จากประสบการณ์ของญาติด้านความปลอดภัยผู้ป่วยที่มารับบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง 3 ระยะ นำมาสู่การให้ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลด้านความปลอดภัยและส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ในจังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของรูปแบบคุณภาพการบริการสุขภาพ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ด้านโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ควรทบทวนจำนวนพยาบาลที่ไปกับรถพยาบาลว่า ควรไป 1 คน หรือ 2 คน ตามกรอบอัตรากำลังในบริบทของโรงพยาบาล รวมทั้ง อาการของผู้ป่วยในการส่งต่อและประกาศเป็นนโยบายให้ชัดเจน ถึงจำนวนบุคลากรที่ไปกับรถพยาบาล และแจ้งให้ผู้รับบริการได้รับทราบในแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ให้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นหลัก เป็นไปตามข้อกำหนดนโยบายของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (National Institute for Emergency Medicine, 2016) สอดคล้องกับผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบใหม่การจัดอัตรากำลังในระบบส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย ให้สามารถบริหารอัตรากำลังได้รวดเร็วขึ้นและพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีความพร้อมที่สามารถปฏิบัติงานได้ทันทีเมื่อทราบภารกิจ (Chourak, 2018) สำหรับด้านคุณสมบัติและสมรรถนะของพยาบาล ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (National Institute for Emergency Medicine, 2016) ได้กำหนดให้บุคลากรบริการด้วยความเต็มใจ ทุ่มเท และเสียสละ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพ เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพซึ่งเปรียบเสมือนเสาหลักในการดูแลสุขภาพเพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นอยู่ ทั้ง 3 ระยะ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาล อาจเป็นเพราะว่า พยาบาลให้คำแนะนำ ติดตาม และรายงานอาการของผู้ป่วยให้แก่ญาติเป็นระยะ ๆ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เอาใจใส่ และให้การดูแลผู้ป่วยดีตลอดทั้ง 3 ระยะ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชนเปิดใหม่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า สิ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยด้านพนักงานหรือบุคลากรเป็นอันดับแรก นอกจากนั้น ยังมีพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ไปดูแลอย่างใกล้ชิด มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในรถพยาบาลพร้อมใช้ พยาบาลมีการสื่อสารมีการให้ข้อมูลของผู้ป่วยและให้ญาติร่วมตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยและเตรียมตัว เตรียมเอกสารให้พร้อมก่อนการเดินทาง รวมทั้ง รายงานอาการของผู้ป่วยแก่ญาติอย่างต่อเนื่อง (Laophanitcharoen et al., 2022) และ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hanum et al. (2018) ที่พบว่า ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยและการที่ญาติ สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาและการส่งต่อรวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้ง ผลการวิจัยของ Zhang et al. (2018) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพของ ระบบการส่งต่อทางการแพทย์ พบว่า ระบบการส่งต่อโดยเฉพาะบริการรับส่งโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และการรับส่งผู้ป่วยในโรงพยาบาลในระดับสูง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติผู้ป่วยเป็นผู้มีรายได้น้อย ส่วนใหญ่ การศึกษาระดับประถมและมัธยม และผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาฟรี เมื่อจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรักษา โดย ทางโรงพยาบาลจัดรถพยาบาลให้และไม่มีค่าใช้จ่าย ทำให้มีความสะดวกสบายในการเดินทาง ความ คาดหวังในการรับบริการจึงอาจมีน้อยกว่าการต้องเสียค่าใช้จ่ายจึงมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

ด้านผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า มีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอน โรงพยาบาล และระหว่างการส่งต่อ ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง มีความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เนื่องจาก โครงสร้างและกระบวนการที่มีความชัดเจนและสมบูรณ์ ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับ การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับมากที่สุด โดยสภาวะการณ์เจ็บป่วยที่แตกต่างกันทั้งผู้ป่วย โรคฉุกเฉินและผู้ประสบอุบัติเหตุมีความพึงพอใจต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากความพร้อมในการให้บริการของอุปกรณ์ฉุกเฉิน และรถกู้ชีพฉุกเฉิน (Sukphaibun et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลชุมชน ควรกำหนดนโยบายให้ชัดเจนในการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ให้สอดคล้องกับอัตรากำลังของโรงพยาบาล โดยพิจารณาทั้งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและจำนวนพยาบาล ที่ไปกักรถพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการได้รับทราบ เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องโรงพยาบาล
2. กลุ่มงานการพยาบาล ควรทำความเข้าใจและให้ความร่วมมือเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ควรมีผู้รับผิดชอบงานส่งต่อระดับโรงพยาบาลเพื่อรวบรวมข้อมูลจำนวนครั้งการส่งต่อของ

แต่ละหน่วยงานและภาพรวมของโรงพยาบาล สรุปปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อให้ชัดเจน แล้วนำข้อมูลเสนอให้หัวหน้างานและคณะกรรมการบริหารทางการแพทย์บริหารจัดการและเสนอต่อในระดับผู้บังคับบัญชาในระดับสูงต่อไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพโดยรวมของโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาระบบบริการ และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล รวมทั้งแนวทางการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ

รายการอ้างอิง

- Chaiaree, C., & Chiangkhong, A. (2019). Development of a raising nurse's awareness and developing nursing care for patient safety program. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(2), 22-37. (in Thai)
- Chourak, S. (2018). Development of manpower management model in the referral system in Dan Sai Crown Prince Hospital, Loei Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(3), 96-104. (in Thai)
- Chuengsatiansup, K. (2014). *Patient resonance: Quality resonance*. WHO Patients for Patient Safety. (in Thai)
- Hanum, S. L., Aulia, D., & Rochadi, K. (2018). Patient decision making in the choice of a referral hospital in hospital of Subulussalam City in 2018. *Britain International of Exact Sciences (BloEx) Journal*, 2(1), 368-376. <https://doi.org/10.33258/bioex.v2i1.166>
- Ibn El Haj, H., Lamrini, M., & Rais, N. (2013). Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008. *International Journal for Quality Research*, 7(1), 17-30.
- Joint Commission international. (2020). *Joint commission international accreditation standards for hospital: Including standards for academic medical center hospitals* (7th ed.). https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-errata-standards-only_7th-ed-hospital.pdf
- Laophanitcharoen, J., Boonyasopon, T., & Pichitkarnkar, T. (2022). Influential factor affecting consumer's satisfaction to get service from new private hospital in Bangkok. *Rajapark Journal*, 17(50), 48-62. (in Thai)

- National Institute for Emergency Medicine. (2023). *Annual Report 2023 of National Institute for Emergency Medicine*. Born To Be Publishing. (in Thai)
- National Institute of Emergency Medicine. (2016). *Interfacility transfer operation center*. Ultimate Printing. (in Thai)
- Nongnuch, W., Thongkum, W., & Eamratsameekool, W. (2017). Development of quality referral system in emergency patients between hospital of ChiangKhwan Hospital, Roi Et Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 10(2), 49–57. (in Thai)
- Nursing Division, Ministry of Public Health. (2019). *Interfacility transfer operation center Nursing practice guidelines for patients and personnel safety*. Nursing Division, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Rattiyakorn, T & Somkid, P. (2021). Accidents experiences and safety behavior among emergency medical personnel with ambulance: Qualitative research. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 142-155. (in Thai)
- Region 9 Public Health Office. (2022). *Strategy and information work of Health District Office 9, Nakhon Ratchasima Province*. Region 9 Public Health Office. (in Thai)
- Sanhunphun, P. (2019). The process of referral system between hospitals. *Hua Hin Sukjai Klai Kangwon Journal*, 4(1), Article 0051. (in Thai)
- Sethasathien, A., Sirisamutr, T., Wachiradilok, P., Dairoob, S., & Nimma, S. (2015). Situation and causes of ambulance crash in Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 9(3), 279-93. (in Thai)
- Sukphaibun, U., Apinundecha, C., & Charoencheewakul, C. (2016). The satisfaction of clients toward emergency medical service system of Rangsit City Municipal, Pathumthani Province. In Nakhonratchasima College, *3rd National Research Conference 2016, Moving into the Second Decade: Integrating Research Using Knowledge Towards Sustainability* (pp. 417-425). Nakhonratchasima College. http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2559Vol4No1_54.pdf (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2017). *Patient and Personnel Safety (2P Safety) Year 2018 - 2021*. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- Uamtani, A. (2016). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Chulalongkorn University. (in Thai)
- World Health Organization. (2019). *10 facts on patient safety*. <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>

-
- Yubolpan, P. (2016). Patient involvement in ensuring safety in healthcare. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 27(3), 127-138. (in Thai)
- Zhang, X., Wang, T., Yu, Y., & Zhao, S. (2018). Key nodes affecting patient satisfaction in a cross-regional referral service process: an empirical analysis study in Sichuan. *BMC Health Services Research*, 18, Article 840. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3460-8>



บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกาสีซัง จังหวัดชลบุรี

A Development of Nursing Model

for Acute Ischemic Stroke Patients in Accident and Emergency Department,

Koh Sichang Hospital, Chonburi Province

บุปผา ไตรวุฒานนท์¹, นิสมา ภูชกัญญิต^{2*}

Bubpha Traiwuttanon¹, Nissama Poochakhanit^{2*}

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

(Received: November 19, 2023; Revised: July 29, 2024; Accepted: August 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาสีซัง จังหวัดชลบุรี และประเมินผลของรูปแบบกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .75 และ.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า

1. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) คัดกรองเข้าช่องทางด่วน 2) ประเมินและวินิจฉัย 3) การพยาบาลเบื้องต้นและเฉพาะเจาะจง 4) การเรียกทีมช่วยเหลือ 5) เตรียมการส่งต่อทางทะเลและทางบก 6) เข้าระบบดูแลผู้ป่วยแบบเคลื่อนที่ และ 7) ติดตามผลหลังส่งต่อ

2. พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.49, p = .032$; $t = 5.16, p < .001$)

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน มีระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน ภายหลัง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาสีซัง จังหวัดชลบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Koh Sichang Hospital, Chonburi Province

² นักวิชาการอิสระ บริษัทคิวเอ็ม เทรนนิ่ง กรุ๊ป จำกัด

Independent Scholar, QM Training Group Company Limited

การทดลองใช้รูปแบบ เร็วกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 1.30, p = .003$; $t = 1.13, p < .001$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้พัฒนาประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมาย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน, รูปแบบการพยาบาล, ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate a nursing care model for acute ischemic stroke patients in the Emergency Department of Koh Sichang Hospital, Chonburi Province. The sample consisted of 12 professional nurses with at least 1 year of experience, selected through purposive sampling. Tools used included the acute ischemic stroke nursing care model for the Emergency Department, a general information questionnaire, and a knowledge and skills assessment related to acute stroke nursing care for professional nurses with Kuder-Richardson 20 reliability at .75 and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The results show that;

1. The acute ischemic stroke nursing care model for the Emergency Department comprises: 1) triage screening into the fast track system 2) assessment and diagnosis 3) primary and specific nursing care 4) decision making and activate team 5) patient preparation and referral between hospital 6) coordination to enter the mobile stroke unit, and 7) follow-up evaluation after referral phase.

2. Professional nurses' mean scores for knowledge and skills in acute ischemic stroke nursing care after implementing the model were significantly higher than before, at the .05 level ($t = 3.49, p = .032$; $t = 5.16, p < .001$).

3. Acute ischemic stroke patients had significantly faster access times to mobile stroke units and emergency stroke treatment after implementing the model, at the .05 level ($t = 1.30, p = .003$; $t = 1.13, p < .001$).

The research indicates that the developed acute ischemic stroke nursing care model can be used to improve the efficiency of nursing care for acute ischemic stroke patients, resulting in safer patient care and outcomes that meet goals.

Keywords: Acute stroke, Nursing model, Ischemic stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสองของโลก รองจากโรคหัวใจ รวมทั้ง มีความพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรของหน่วยงานองค์กรโรคหลอดเลือดสมองระดับโลก พบว่าปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน ซึ่งผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความสูญเสียทางด้านการเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.5 ล้านคนต่อปี 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยจำนวน 355,671 ราย (อัตราผู้ป่วย 543 ต่อประชากรแสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 34,728 ราย (อัตราตาย 53 ต่อต่อประชากรแสนคน) ซึ่งพบอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.5-20 เท่า (World Stroke Organization, 2020)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562-2564 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 11.42, 11.33 และ 11.34 ตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 7 โดยในปี 2564 มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 27.13 ตีบ/อุดตัน ร้อยละ 5.28 ตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที ร้อยละ 66.21 (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60) มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ร้อยละ 73.85 (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับจังหวัดอื่นในเขตสุขภาพเดียวกัน พบว่า จังหวัดชลบุรีมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 3 ร้อยละ 12.71 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกสูงเป็นอันดับ 5 ร้อยละ 27.76 และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันที่ร้อยละ 5.85 สูงเป็นอันดับ 2 (Ministry of Public Health, 2017) รวมทั้ง สถานการณ์ในโรงพยาบาลเกาะสีชังพบว่ามีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 14.29 ซึ่งสูงเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัด เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนในระดับเดียวกัน เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลบนเกาะ การเดินทางลำบาก และมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีเรือฉุกเฉิน เป็นการให้บริการเมื่อมีอาการฉุกเฉินด้วยเรือเอกชน หรือมูลนิธิในพื้นที่บริการ และต้องมีการประสาน 1669 เพื่อติดต่อโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลสังกัดทหารเรือ เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วถูกต้องและทันเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อให้มากขึ้นตามเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 60 (Koh Sichang Hospital, 2021)

การทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าระบบช่องทางด่วนหรือ stroke fast track ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของความพิการได้อย่างชัดเจน (Powers et al., 2018) ผลลัพธ์และการพยากรณ์ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (Middleton et al., 2015) ซึ่งเป็นระยะวิกฤตที่อาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดในระยะนี้ การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

ระยะเฉียบพลัน จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากความบกพร่องทางระบบประสาทได้เร็ว ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน สำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลเกาะสีชัง เพื่อส่งเสริมความรู้และประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งเสริมคุณภาพด้านการบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 4 ชั่วโมง และระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน น้อยกว่า 30 นาที ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันไปใช้พยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันสูงขึ้น และมีระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วนเร็วขึ้นเมื่อเทียบก่อนการทดลองใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล (Neurology Institute, 2015) และการนิเทศทางคลินิก ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน	ระยะ 2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี	ระยะ 3 การทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี
สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี  สังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในด้าน - ความรู้ทางการพยาบาล - ทักษะการพยาบาล - แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน - แนวทางการนิเทศทางคลินิก	จัดทำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ฉบับร่าง (draft prototype)  ต้นแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ดังนี้ - จัดทำหลักสูตรการพยาบาล - แผนการอบรมการพยาบาล - แผนนิเทศทางคลินิก - คู่มือการพยาบาล	ต้นแบบรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี (prototype)  - ผลลัพธ์ด้านบุคลากร: ความรู้และทักษะ - ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย: การเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 4 ชั่วโมง และการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน น้อยกว่า 30 นาที

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R &D) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะ 1 ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ดำเนินการระหว่างวันที่ 28 เมษายน - 7 พฤษภาคม 2564 รายละเอียด ดังนี้

1.1 วิเคราะห์เอกสาร (document analysis guide) ทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ปี 2563-2564 จำนวน 15 ราย ในประเด็นเกี่ยวกับผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ด้านความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน พร้อมบันทึกผลลงในแบบเก็บรายงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน

1.2 สันทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ประจำโรงพยาบาล 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมี

ประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาลเกาะสีชัง ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และการบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะ 2 การพัฒนารูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ดำเนินการ ระหว่าง 20 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2564 โดยนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาจัดทำรูปแบบทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี เสนอผู้ทรงคุณวุฒิและมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ได้แก่ แพทย์ประจำโรงพยาบาล 2 ท่าน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล พยาบาลหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ที่โรงพยาบาลเกาะสีชังตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป รวม 5 คน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นไปได้ ความครบถ้วน และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research; one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัย ระหว่าง 1 กรกฎาคม - 10 ธันวาคม 2564 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี จำนวน 12 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลเกาะสีชัง รวม 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบการรักษาแบบเร่งด่วน 2) การประเมินและการวินิจฉัย 3) การพยาบาลเบื้องต้นและเฉพาะเจาะจง 4) การเตรียมตัวผู้ป่วยและส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล 5) การประสานผ่าน 1669 เพื่อตัดสินใจเรียกใช้ทีมทันที เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือสถานการณ์ที่ต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว (activate team) 6) การประสานเพื่อเข้าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันด้วยหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4 ชั่วโมง (mobile stroke unit) และ 7) การดูแลและเตรียมผู้ป่วยประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงตามที่กำหนด

1.2 แผนการอบรมและแผนการนิเทศทางคลินิก การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง สร้างตามแนวคิดของ Proctor (2010) ประกอบด้วย 1) การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 2) วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับ

น้ำตาลในเลือด ความอึดตัวของออกซิเจน และ 3) การให้สารน้ำการดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และ 4) การพยาบาลระหว่างการส่งต่อ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งงานปัจจุบัน และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ

2.2 แบบสอบถามความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ซึ่งดัดแปลงจากงานวิจัยของ Kiatchaipipat et al. (2021) แบ่งเป็น ด้านความรู้ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน จำนวน 20 ข้อ ว่าเป็นแบบเลือกตอบ คือ ปฏิบัติได้ เท่ากับ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ได้ เท่ากับ 0 คะแนน

3. แบบบันทึกรายงานผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน ซึ่งได้มาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ก่อนพัฒนารูปแบบ ระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2564 และหลังพัฒนารูปแบบระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2564

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์รับผิดชอบสาขาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke service plan) แพทย์อายุรกรรม แพทย์ ศัลยกรรมประสาท และพยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีค่าระหว่าง .60 – 1.00 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดชลบุรี วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ของแบบทดสอบมีค่าเท่ากับ .75 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

ระยะ	กิจกรรม
ก่อนทดลอง	เป็นการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การขอความยินยอม และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามรูปแบบ แก่พยาบาลวิชาชีพ และการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) โดยใช้เวลา 20 นาที
ระยะทดลอง	สัปดาห์ที่ 1 การนิเทศตามหลักสมานฉันท์ (restorative clinical supervision) ผ่านกิจกรรมการนิเทศในรูปแบบของการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน การให้คำปรึกษา และร่วมการแก้ปัญหา ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง ใน 4 ประเด็น 1) การประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 2) วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน และ 3) การให้สารน้ำการดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ 4) การพยาบาลระหว่างการส่งต่อ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 60 นาที สัปดาห์ที่ 2 การนิเทศทางการพยาบาลตามแบบแผน (formative clinical supervision) 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ตามกิจกรรมการนิเทศ ได้แก่ 1) การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล 2) การเยี่ยมตรวจบุคคลากร และ 3) การสอนแนะ และการให้คำปรึกษา สัปดาห์ที่ 3-7 การนิเทศตามมาตรฐาน (normative clinical supervision) 6 ครั้ง ๆ ละ 20 นาที ดังนี้ - ผู้นิเทศชี้แจงวัตถุประสงค์ก่อนการนิเทศ สอนแนะ และให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวก ชี้ให้เห็นข้อดีและโอกาสพัฒนา เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศแสดงความคิดเห็น - ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ร่วมกันสรุปประเมินผลการนิเทศ เปิดโอกาสให้ผู้รับการนิเทศแสดงความคิดเห็นปัญหาที่พบและแนวทางปรับปรุงแก้ไข - ผู้นิเทศ สรุปการนิเทศรายบุคคล โดยผู้รับการนิเทศต้องรับทราบเรื่องที่ถูกระเมิน โดยการสรุปด้วยวาจาภายหลังการนิเทศทางการพยาบาลเสร็จสิ้น
หลังการทดลอง	นัดหมายพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองพร้อมกัน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล เพื่อตอบแบบสอบถาม หลังการทดลอง (posttest) โดยใช้เวลา 20 นาที และตรวจสอบผลลัพธ์ทางคลินิกจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน จำนวน 8 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม คะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระ

ต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดย การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี รับรองเมื่อวันที่ 27 เดือน เมษายน 2564 หมายเลข CBO-REC No. 19/2564 ผู้วิจัยชี้แจง ผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมและการนำเสนอในเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 31.83 ปี น้อยที่สุด 24 ปีและมากที่สุด 43 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 27-31 ปี ร้อยละ 33.33 ประสบการณ์การทำงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ย 7.08 ปี มากที่สุด 20 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ไม่เคยเข้ารับการอบรมที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 75.00 เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 16.67

2. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาสีซัง จังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล (Neurological institute of Thailand, 2015) และทบทวนร่วมกับ แพทย์และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ขั้นตอนและกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาสีซัง จังหวัดชลบุรี

ขั้นตอน	กิจกรรมการพยาบาล
1. การคัดกรองผู้ป่วยเข้าระบบ การรักษาแบบเร่งด่วน	- รับแจ้งเหตุจากศูนย์ฉุกเฉิน 1669 - เก็บข้อมูลเบื้องต้น เช่น อาการของผู้ป่วย, เวลาเริ่มมีอาการ, ประวัติการแพ้ยา
2. การประเมินและการวินิจฉัย	ใช้หลักการ FAST เพื่อประเมินและวินิจฉัย ได้แก่ F (face): ตรวจสอบใบหน้าของผู้ป่วย A (arms): ตรวจสอบการยกแขนทั้งสองข้าง S (speech): ตรวจสอบการพูด และ T (time): เก็บข้อมูลเวลาเริ่มมีอาการ
3. การพยาบาลเบื้องต้นและ เฉพาะเจาะจง	1) การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท 2) วัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิต อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือด ความอิ่มตัวของออกซิเจน 3) การให้สารน้ำการดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ 4) การพยาบาลระหว่างการส่งต่อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	กิจกรรมการพยาบาล
4.การเตรียมตัวผู้ป่วยและส่งต่อ	- ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ - ให้การดูแลเรื่องการหายใจ - ให้การดูแลเรื่องการไหลเวียนของเลือด - แจ้งโรงพยาบาลปลายทางเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยและประวัติโรคประจำตัว และรายการยาที่ใช้อยู่ และที่ได้รับก่อนการส่งต่อ - เตรียมส่งต่อเอกสารที่เกี่ยวข้อง - ตรวจสอบความปลอดภัยและความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการเคลื่อนย้าย - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการและการเคลื่อนย้าย
5. การตอบสนองอย่างรวดเร็ว (activate team)	- การเตรียมพร้อมทีมและอุปกรณ์ - การตอบสนองต่อเหตุ การณ์รับแจ้งเหตุและเคลื่อนที่อย่างรวดเร็ว
6. การประสานเพื่อเข้าระบบ หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เคลื่อนที่ (mobile stroke unit: MSU)	- ติดตามสถานะของผู้ป่วยและแจ้งโรงพยาบาลปลายทางเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น - ประสานงานกับทีมแพทย์ที่โรงพยาบาลปลายทางเพื่อให้เตรียมการรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
7. การดูแลและเตรียมผู้ป่วยส่งต่อ	- ให้การดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างการเคลื่อนย้าย - ให้ข้อมูลทีมแพทย์ที่รับผู้ป่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการรักษาที่ได้รับก่อนหน้านี้ และสถานะปัจจุบันของผู้ป่วย - ส่งมอบเอกสารทางการแพทย์ทั้งหมดให้กับทีมแพทย์ที่รับผู้ป่วย - ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาต่อไปและสถานะของผู้ป่วย

2. การเปรียบเทียบความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้รูปแบบ ($M = 10.33$, $SD = 3.06$) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองใช้รูปแบบ ($M = 6.83$, $SD = 4.14$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 3.49$, $p = .032$) และมีทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน หลังการใช้รูปแบบ ($M = 18.17$, $SD = 1.02$) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองใช้รูปแบบ ($M = 13.00$, $SD = 4.38$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 5.16$, $p < .001$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

รายการ	ก่อนการทดลอง (n = 12)		หลังการทดลอง (n = 12)		t	p-value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	6.83	4.14	10.33	3.06	3.49*	0.032*
ทักษะ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	13.00	4.38	18.17	1.02	5.16**	< .001

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

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 4 ชั่วโมง และระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน น้อยกว่า 30 นาที ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ มีระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 3.34 ชั่วโมง ($SD = 3.67$) ซึ่งเร็วกว่าก่อนการทดลอง ($M = 5.02$, $SD = 6.01$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 1.30$, $p < .003$) และใช้เวลาในการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน เท่ากับ 23.32 นาที ($SD = 8.76$) ซึ่งเร็วกว่าก่อนการทดลอง ($M = 78.87$, $SD = 14.09$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 1.13$, $p < .001$) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*) และผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี

รายการ	ก่อนการทดลอง (n = 7)		หลังการทดลอง (n = 8)		t	p-value
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (ชั่วโมง)	5.02	6.01	3.34	3.67	1.30*	.003
ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน (นาที)	78.87	14.09	23.32	8.76	1.13**	< .001

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

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบพยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการมีเทคนิคที่เน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย การเรียนรู้จากทฤษฎีเทียบกับการปฏิบัติจริงโดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลความเห็นกับแพทย์ของโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคะแนนทักษะการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น รวมทั้ง พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน ที่ต้องมีการเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่และป้องกันภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่รวบรวมแนวปฏิบัติและบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Butsing, 2019) และผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การพยาบาลระยะ 2 ชั่วโมงแรกที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลระยะ 2 -72 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ส่งผลต่อความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพ ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเพิ่มขึ้น (Wiwattrakul & Anosri, 2017) ซึ่งให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ส่งผลให้พยาบาลตระหนักรู้ถึงพยาธิสภาพ การดำเนินของโรคในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาในการเข้าถึงหน่วยเคลื่อนที่สำหรับรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ภายใน 4 ชั่วโมง และระยะเวลาการเข้าถึงการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน น้อยกว่า 30 นาที ผลการวิจัยพบว่า ส่งผลให้ลดระยะเวลาที่ใช้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งให้เห็นว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตันที่พัฒนาขึ้น มีความเป็นรูปธรรมทั้งในด้านหลักสูตรการอบรม แผนนิเทศการพยาบาลฯ และคู่มือรูปแบบการพยาบาลที่มีขั้นตอนครบถ้วน 7 ขั้นตอน ทั้งการคัดกรอง ประเมินและวินิจฉัย การพยาบาลเบื้องต้นและเฉพาะเจาะจง การเรียกทีมช่วยเหลือ การเตรียมการส่งต่อทางทะเลและทางบก การเข้าระบบดูแลผู้ป่วยแบบเคลื่อนที่ และการติดตามผลหลังส่งต่อ สอดคล้องผลการศึกษาเรื่องผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (Phongsas, 2020) ที่พบว่าการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน เกิดความปลอดภัย และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่า ทำให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีมาตรฐานการดูแล เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลเมื่อ

เกิดอาการ และการดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ และก่อให้เกิดประสิทธิผลทางคลินิกเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนจำหน่าย จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันลดลง (Polchaiyo et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดนโยบายในการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันในกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน ให้ครอบคลุมผู้ป่วยทุกราย ร่วมกับการใช้กระบวนการนิเทศทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ และติดตามผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบต่อเนื่องในระยะยาว ได้แก่ การลดอัตราการเสียชีวิต ลดระยะเวลาวันนอน และลดภาวะแทรกซ้อน

รายการอ้างอิง

- Butsing, N. (2019). Caring process for acute stroke patients. *The Journal of Thailand and Midwifery Nursing Council*, 34(3), 15-29. (in Thai)
- Kiatthaipipat, S., Chanbang, S., Kamsuwan, C., & Chuypitak, P. (2021). A development of nursing model for acute stroke patients in the ischemic group nursing network in Ratchaburi Province. *Journal of Nursing Division*, 48(3), 39-51. (in Thai)
- Koh Sichang Hospital. (2021). *Hospital annual report, year 2020-2021*. Koh Sichang Hospital. (in Thai)
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. W. (2015). Triage, treatment, and transfer: evidence-based clinical practice recommendations and models of nursing care for the first 72 hours of admission to hospital for acute stroke. *Stroke*, 46(2), 18-25. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.006139>
- Ministry of Public Health. (2017). *Health Data Center: HDC*. https://kkhdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai)
- Neurological institute of Thailand. (2015). *Clinical nursing practice guideline for stroke*. Neurological institute of Thailand. (in Thai)

- Phongsa, Y. (2020). The results of the development of a care model for cerebrovascular disease patients at Sirinthon Hospital, Khon Kaen Province. *Journal of the Khon Kaen Provincial Public Health Office*, 2(2), 139-54. (in Thai)
- Polchaiyo, S., Masaeng, A., & Kerdkaew, B. (2018). Development of a care system for stroke patients within the context of a tertiary hospital. *Nakhon Phanom University Journal, 25th Anniversary Academic Conference Issue Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom*, 26-35. (in Thai)
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., Biller, J., Brown, M., Demaerschalk, B. M., Hoh, B., Jauch, E. C., Kidwell, C. S., Leslie-Mazwi, T. M., Ovbiagele, B., Scott, P. A., Sheth, K. N., Southerland, A. M., Summers, D. V., Tirschwell, D. L., & The American Heart Association Stroke Council. (2018). 2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49(3), 46-99. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000158>
- Proctor, B. (2010). Training for the supervision alliance: Attitude, skills and intention. In *Routledge handbook of clinical supervision* (pp. 23-33). Routledge.
- Wiwattrakul K., & Anosri, L. (2017). Development of a nursing model for acute stroke patients at Kalasin Hospital. *Journal of Nursing Division*, 44(2), 26-45. (in Thai)
- World Stroke Organization. (2020). *Annual report 2020*. <https://www.world-stroke.org/aboutwso/wso-annual-report>

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง The Effects of a Program for Cervical Cancer Screening Promotion in New Normal Era among Women in Risk Group

ชุตินา ทองบ้านทุ่ม¹, กนกพร นทีธนสมบัติ^{2*}, ชฎาภา ประเสริฐทรง³

Chutima Thongbantum¹, Kanokporn Nateetanasombat^{2*}, Chadapa Prasertsong³

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

(Received: April 19, 2024; Revised: June 24, 2024; Accepted: August 8, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงซึ่งไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 2 ปี มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ทศนคติ การตัดสินใจและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ระหว่าง 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .95 และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ทศนคติ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.12, p < .001$) และเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 100.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเข้ารับบริการเพียงร้อยละ 33.33

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ไปใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในความรับผิดชอบ โดยควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวก เพื่อสนับสนุนการวัดการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก, ยุควิถีใหม่, สตรีกลุ่มเสี่ยง

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Master's Student in Nursing Science, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

Abstract

This quasi-experimental research with two groups pretest -posttest design aimed to study the effects of a cervical cancer screening promotion program in the new normal era for women in risk. The sample consisted of 60 women in risk aged 30-60 years who had not undergone cervical cancer screening within the past 2 years, residing in the area served by Ban Non Mao Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province. Participants were divided into experimental and control groups of 30 each. Research instruments included the cervical cancer screening promotion program and questionnaires on knowledge about cervical cancer, attitudes, decision-making, and cervical cancer screening service utilization. The Index of Item-Objective Congruence ranged from 0.67-1.00. The reliability coefficient using Kuder-Richardson 20 was .95, and Cronbach's alpha coefficient was .83. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test.

Results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores in knowledge about cervical cancer and attitudes towards cervical cancer screening compared to pre-intervention scores and the control group ($t = 6.12, p < .001$). Furthermore, 100% of the experimental group received cervical cancer screening services, while only 33.33% of the control group did so.

Research findings suggest that nurses and healthcare personnel should implement cervical cancer screening promotion programs in the new era for at-risk populations under their care. The focus should be on providing education, positive attitude adjustment, and supporting decision making to receive cervical cancer screening service.

Keywords: Promoting program for screening, Cervical cancer, New normal era, Women in risk group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งทางนรีเวชที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของสตรีในหลายประเทศทั่วโลก จากการรายงานของศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 14.1 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 7.1 ต่อแสนประชากร สำหรับในประเทศไทย พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 8,662 ราย และเสียชีวิต 4,576 ราย มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 150.6 ต่อแสนประชากร และอัตราการตายเท่ากับ 78.2 ต่อแสนประชากร (Bizuayehu et al., 2024) และจากการรายงานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 13.8 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ในปี พ.ศ. 2563 และพบมากในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี (National Cancer Institute, 2020) ข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพของ

กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คิดเป็นอัตรา 115.98 ต่อแสนประชากร มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตคิดเป็น 2.02 ต่อแสนประชากร และจังหวัดชัยภูมิมีมะเร็งปากมดลูก พบมากเป็นอันดับที่สอง รองจากมะเร็งเต้านม (Health Data Center, 2020)

มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานด้านร่างกาย และจิตใจ และภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก ซึ่งงบประมาณที่ภาครัฐต้องจ่ายในการรักษามากกว่า 250 ล้านบาท (National Cancer Institute, 2020) การตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรก จะทำให้สามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นและรักษาให้หายขาดได้ และทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลดลง ประเทศไทยดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก โดยความร่วมมือของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันมะเร็ง มีเป้าประสงค์เพื่อตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ในสตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี เพื่อให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 60 ในปี พ.ศ. 2566 ด้วยวิธีการตรวจการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชพีวีในระดับพันธุกรรม (HPV DNA test) ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV 8 ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก สำหรับสถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา อยู่ในเขตตำบลนางแดด อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกย้อนหลัง 5 ปี ปี 2560- 2564 พบร้อยละ 20.90, 38.83, 53.97, 17.88 และ 7.64 ตามลำดับ (Health Data Center, 2020) จะเห็นได้ว่า อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีแนวโน้มการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง จึงทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่ไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีปัจจัยด้านความรู้ ด้านทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความกลัว และปัจจัยด้านการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Pinnark, 2020) สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัยจากการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนเหมา ตำบลนางแดด อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 7 คน ให้เหตุผลของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ยังคงเข้าใจผิดคิดว่าตัวเองไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านจิตใจ กลัวเจ็บจากการใช้เครื่องมือตรวจ และปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า บริบทของสังคมไทยในชนบทอีสานมองว่าเป็นการเปิดเผยอวัยวะเพศ เป็นสิ่งน่าอาย และการกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากคิดว่าโรงพยาบาลมีเชื้อโรค จึงไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขโดยตรง โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากเดิมที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเกณฑ์อยู่แล้ว เมื่อมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้น จึงส่งผลให้อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ทำให้ประชาชนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากวิถีเดิมภายใต้วิถีใหม่

(new normal) ที่มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านโลกไซเบอร์ ทำให้เข้าถึงการบริการได้ง่ายขึ้น (Salmani et al., 2020) จากแนวคิดที่เชื่อว่า พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพฤติกรรมด้านบวกที่มีผลดีต่อสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านลบที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้น ความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการจัดการด้านสุขภาพ (Fisher et al., 2011) และแนวคิดที่เชื่อว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเหตุผล บุคคลต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจ เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี รวมทั้ง เกิดความตระหนัก ความเชื่อด้วย (Badran, 1995) ถ้าบุคคลนั้น ๆ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งมีบทบาท ขอบเขต และสมรรถนะ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการสอนให้ความรู้และการป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และมีการนำวัตกรรมมาใช้ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2013) จึงได้ทำการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 2 ปี เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อสร้างความมั่นใจให้สตรีกลุ่มเสี่ยงในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกให้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการจัดบริการสุขภาพให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชนได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

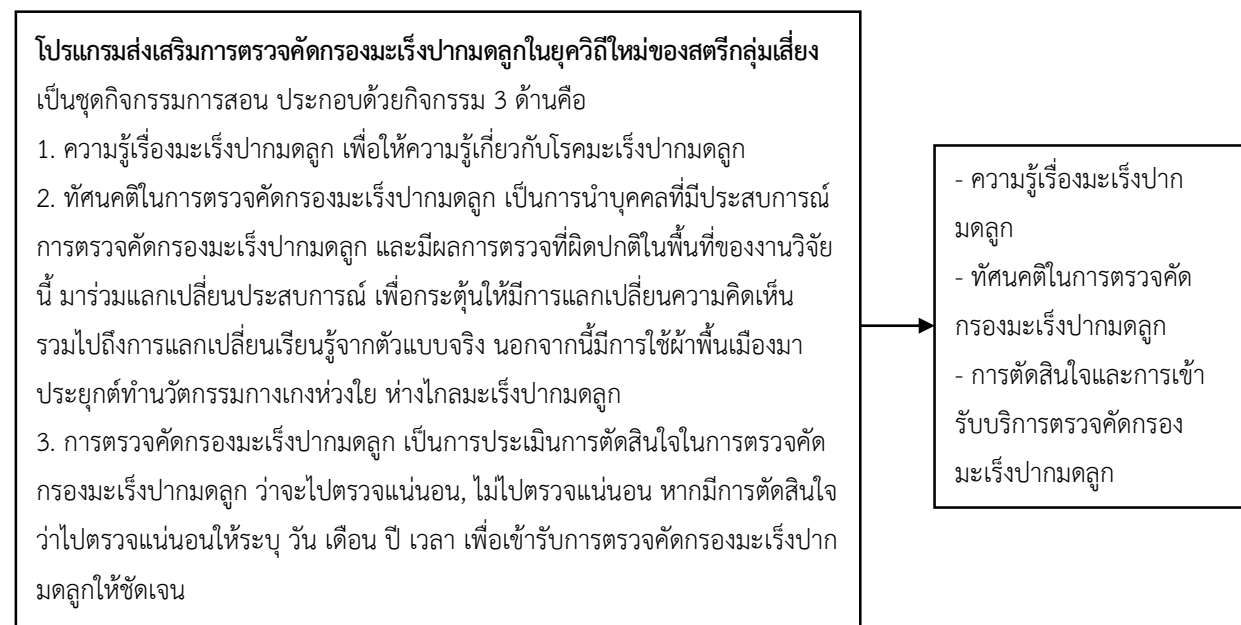
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การตัดสินใจและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แบบแผนทฤษฎีของความรู้ (knowledge) ทักษะคติ (attitude) และการปฏิบัติ (practice) หรือ KAP ประกอบไปด้วย ความรู้ ความเข้าใจ (K) ทักษะคติที่เป็นบวก/ลบต่อโรคมะเร็งปากมดลูก (A) และการปฏิบัติ (P) (Badran, 1995) เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปี อายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนเหมา ตำบลนางแดด อำเภอนางบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปี อายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนเหมา ตำบลนางแดด อำเภอนางบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 2013) แล้วนำไปเปิดตารางสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเลือกหมู่บ้านโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random

sampling) จากฉลากรายชื่อหมู่บ้าน ได้ หมู่ที่ 14 บ้านห้วยกุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 7 บ้านโนนสาธิต เป็นกลุ่มควบคุม จากนั้น เลือกสตรีกลุ่มเสี่ยงแบบเจาะจง (purposive selective sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 30-60 ปี 2) ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน ภายในระยะ 2 ปี 3) อ่าน และเขียนหนังสือได้ 4) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 5) มีสมาร์ทโฟนเป็นของตัวเองและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมนี้ โดยใช้แบบแผนทฤษฎีของความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติ (KAP) (Badran, 1995) เป็นชุดกิจกรรมการสอน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ทักษะคติ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก 2) ด้านทักษะคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบเติมคำ ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และภายในระยะ 2 ปี เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 8-10 คะแนน (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60.00-79.99) หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน ตามลำดับจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยเกณฑ์ในการจำแนกระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 22.40 – 24.00 คะแนน (ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับสูง

ระหว่าง 16.80 – 22.39 คะแนน (ร้อยละ 60.00-79.99) หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 0 – 16.79 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60.00) หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 2 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นคำถามปลายปิด ถามว่า ท่านตัดสินใจจะเข้ารับ

บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ลักษณะคำตอบเป็น ตรวจแน่นอน และ ไม่ไปตรวจแน่นอน และข้อที่ 2 หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอน ให้ระบุวัน เดือน และปีที่จะไปรับการตรวจ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช พิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยแบบวัดความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67- 1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) มีค่าเท่ากับ .95 และแบบสอบถาม ทักษะคิดในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายกลุ่ม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมแบบเผชิญหน้า ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของงานวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก เป็นการบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

2) ด้านทักษะคิดในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการนำบุคคล จำนวน 1 ท่าน ที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลการตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่ของงานวิจัยนี้ มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากนี้มีการใช้นวัตกรรมทางเกนห่วงโย ห่วงกลมมะเร็งปากมดลูก โดยนำผ้าพื้นเมืองมาประยุกต์ให้เป็นทางเกนเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอาย ตอนขึ้นเตียงขาหยั่งและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอาย เป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

3) ด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน

สัปดาห์ที่ 2 แบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้สร้างสื่อวีดิทัศน์และอินโฟกราฟิกเอง จากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (ทุกวันจันทร์และวันศุกร์) ประกอบด้วย

คลิปความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสื่ออินโฟกราฟิกเผยแพร่ข้อมูลความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถดูได้ตลอดเวลา และสามารถดูซ้ำได้

สัปดาห์ที่ 3 ปรับทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้แสดงทัศนคติของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมเขียนคำนิยาม 3 คำ เพื่อประเมินทัศนคติของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้นเสนอสื่ออินโฟกราฟิกเผยแพร่ข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 4 การตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเขียน 1 ประโยค ให้คำนิยามที่บ่งบอกความเป็นคุณเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเขียนคำนิยาม 3 คำ ว่าจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อประเมินการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ว่าจะไปตรวจแน่นอน ไม่ไปตรวจแน่นอน หากมีการตัดสินใจว่าไปตรวจแน่นอนให้ระบุ วัน เดือน ปี เวลา เพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ชัดเจน และตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของงานวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) และนัดหมายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อตอบแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และเปรียบเทียบหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) กำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ตัวแปรตามมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normality distribution)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ หมายเลข อ. 1206/2565 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยทำการแจ้งวัตถุประสงค์ ซึ่งแจ้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับบริการ
นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุ ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 53.34 ($M = 48.90$, $SD = 7.42$) ร้อยละ 83.34 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 56.68 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุ ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 36.67 ($M = 46.17$, $SD = 8.16$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 93.33 สำเร็จระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 และ ร้อยละ 60 มีอาชีพเกษตรกร

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.07, 8.49; p < .001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง ($n = 30$)			หลังการทดลอง ($n = 30$)			Mean difference	t	p -value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ความรู้	5.07	1.74	ต่ำ	8.67	1.21	สูง	-3.60	10.07**	<.001
ทัศนคติ	17.80	2.35	ปานกลาง	23.10	1.99	ดี	-5.30	8.49**	<.001

** $p < .01$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n=30$)			กลุ่มควบคุม ($n=30$)			Mean difference	t	p -value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ			
ความรู้	8.67	1.21	สูง	6.43	1.59	ปานกลาง	2.23	6.12**	<.001
ทัศนคติ	23.10	1.99	ดี	17.83	2.76	ปานกลาง	5.27	8.49**	<.001

** $p < .01$

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจและอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลอง มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 100 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 33.33 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจ และอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	30	100.00	10	33.33
การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	30	100.00	10	33.33

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ ของกลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ ผลการวิจัยพบว่า สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมที่ประยุกต์ตามแบบแผนทฤษฎีของความรู้ (knowledge) ทักษะคติ (attitude) และการปฏิบัติ (practice) หรือ KAP (Badran, 1995) ได้แก่ กิจกรรมบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ ยังได้นำเนื้อหาความรู้ในแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งสามารถศึกษาย้อนหลังได้ด้วยตนเอง ผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย ใช้งานสะดวก และไม่มีค่าใช้จ่าย สามารถส่งข้อมูล ข่าวสารได้หลายรูปแบบ เช่น ข้อความ รูปภาพ วิดีทัศน์ ซึ่งจัดเป็นสื่อเสริมที่เอื้อ กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้เรื่องโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก โดยการดูสื่อวีดิทัศน์ และการสาธิตวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ด้านความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 7.13 คะแนน หลังได้รับความรู้ตามโปรแกรมเฉลี่ย 8.78 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sripoun et al., 2023)

กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำผ้าพันเมืองมาประยุกต์ให้ป็นกางเกงเจาะเป่ามีผ้าปกปิดอวัยวะเพศเพื่อลดความเขินอายตอนขึ้นเตียงขาหยั่งและให้ผู้รับการตรวจสวมหน้ากากอนามัย เพื่อปิดบังใบหน้าลดความเขินอาย เป็นการปรับตามวิถีชีวิตปกติใหม่กับสตรีกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มทดลอง จะได้ไม่รู้สึกอาย และกล้าตรวจมากขึ้น เป็นต้น ซึ่งการสร้างนวัตกรรมถือว่าเป็นเครื่องมือที่ทำให้เกิดองค์ความรู้และเป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้สามารถค้นหาคำตอบของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และหาแนวทางแก้ไขที่ดีที่สุดเพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การใช้บุคคลต้นแบบที่มีประสบการณ์มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีผลตรวจที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้ศึกษาวิเคราะห์ และแสดงความคิดเห็น เพื่อสร้างความเข้าใจ และเกิดการตื่นตัว เป็นตัวอย่างที่มุ่งช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงได้ติดตามปัญหาทางสุขภาพ โดยที่ไม่ต้องรอให้เกิดเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นจริง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนการความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี โดยนำบุคคลที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติในพื้นที่มาร่วมสนทนาและเล่าประสบการณ์ (Chanpradab & Wittamasing, 2018) จะเห็นได้ว่า การให้บริการสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ผสมผสานองค์ความรู้ เน้นให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย บริการเชิงรุก ช่วยให้สตรีกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวกรวดเร็ว ไม่เสียเวลา มีค่าใช้จ่ายสอดคล้องกับเศรษฐกิจ โดยบริการนั้นมีคุณภาพและได้มาตรฐาน รวมทั้ง ยังได้รับประโยชน์จากการได้รับความรู้ คำปรึกษา และการชี้แนะจากบุคลากรสุขภาพ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจและอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ของสตรีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันถึง 3 เท่า อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการประเมินการตัดสินใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ตลอดจนการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการบรรยายประกอบสื่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า มีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม (Apaipim et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพควรนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในยุควิถีใหม่ไปใช้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในความรับผิดชอบ โดยควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงบวก และการวัดการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของสตรีกลุ่มเสี่ยงในปีถัดไป เพื่อประเมินประเมินประสิทธิผล ต่อเนื่องของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจ และการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

- Apaipim, B., Srisuriyawet, R., & Rattanaagreeethakul, S. (2019). The effects of cervical cancer screening promoting program on behavior of cervical cancer screening among village health volunteers. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 7(3), 381-401. (in Thai)
- Badran, I. G. (1995). Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: A place in the medical profession. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 1(1), 8-16. <https://iris.who.int/handle/10665/116905>
- Bizuayehu, H. M., Dadi, A. F., Hassen, T. A., Ketema, D. B., Ahmed, K. Y., Kassa, Z. Y., Amsalu, E., Kibret, G. D., Alemu, A. A., Alebel, A., Shifa, J. E., Assefa, Y., Tessema, G. A., Sarich, P., Gebremedhin, A. F., & Bore, M. G. (2024). Global burden of 34 cancers among women in 2020 and projections to 2040: Population-based data from 185 countries/territories. *International Journal of Cancer*, 154(8), 1377-1393. <https://doi.org/10.1002/ijc.34809>
- Bloom, B. S., & Webster, H. (1960). Chapter IV: The outcomes of college. *Review of Educational Research*, 30(4), 321-333. <https://doi.org/10.3102/00346543030004321>
- Chanpradab, C., & Wittamasing, B. (2018). Effect of the promoting reception of cervical cancer screening service program using the health belief model in Bophoi Hospital area, Bophoi District, Kanchanaburi Province. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 3(2), 73-88. (in Thai)
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Fisher, E. B., Fitzgibbon, M. L., Glasgow, R. E., Haire-Joshu, D., Hayman, L. L., Kaplan, R. M., Nanney, M. S., & Ockene, J. K. (2011). Behavior matters. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 15-30. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.031>
- Health Data Center. (2020). *Cervical cancer screening in 30-60 year*. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report> (in Thai)
- National Cancer Institute. (2020). *Hospital based cancer registry 2020*. https://www.nci.go.th/e-book/hosbased_2564/index.html (in Thai)

- Nursing Council. (2010). *Competency of nursing and midwifery professionals*. Siriyod printing. (in Thai)
- Pinnark, P. (2020). Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: A Case study of women aged 30-60 years in Na Pho Sub-District, Sawi District, Chumphon Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 118-131. (in Thai)
- Salmani, H., Ahmadi, M., & Shahrokhi, N. (2020). The impact of mobile health on cancer screening: A systematic review. *Cancer Informatics*, 19, 1176935120954191. <https://doi.org/10.1177/1176935120954191>
- Sripoun, S., Sriwongchai, L., & Tanintithiphong, P. (2023). Effects of knowledge promoting program on knowledge of cervical cancer and cervical cancer screening among females aged 30-60 years old at Selaphum District, Roi Et Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 766-776. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2013). *Competencies of registered nurses*. Thailand Nursing and Midwifery Council.



บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ
สำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
Effectiveness of a Health Literacy Enhancement Program
for Postpartum Mothers on Neonatal Hypoglycemia Prevention, Health
Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

ศิริวดี ชุ่มจิต^{1*}

Siriwadee Chumjit^{1*}

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

(Received: June 5, 2024; Revised: August 14, 2024; Accepted: August 16, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด ต่อความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มขึ้น ($M = 77.52, SD = 4.03$) สูงวก่อนเข้าโปรแกรม ($M = 65.98, SD = 2.34$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 65.78, SD = 3.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.27, 14.80; p < .01$) และมีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มขึ้น ($M = 4.63, SD = 0.35$) สูงวก่อนเข้าโปรแกรม ($M = 3.35, SD = .28$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.32, SD = .15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.64, 24.09; p < .01$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Health Promotion Hospital,
Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้มารดาหลังคลอด เพื่อสามารถนำไปป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, มารดาหลังคลอด, ทารกแรกเกิด, ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

Abstract

A quasi-experimental study with two-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effectiveness of a health literacy enhancement program for postpartum mothers in improving their health literacy and behaviors regarding the prevention of neonatal hypoglycemia. This study was conducted with a sample of postpartum mothers from a Health Promotion Hospital, Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi Province. The participants were divided into an experimental group ($n = 46$) and a control group ($n = 46$). The experimental group received the health literacy enhancement program for postpartum mothers. Data were collected using questionnaire of health literacy, and behaviors regarding the prevention of neonatal hypoglycemia. Data was analyzed by descriptive statistics, and t-test.

Result revealed that post-program, the experimental group demonstrated a significant increase in health literacy scores ($M = 77.52$, $SD = 4.03$) compared to pre-program scores ($M = 65.98$, $SD = 2.34$) and the control group ($M = 65.78$, $SD = 3.56$) with statistical significance ($t = 20.27$, 14.80 ; $p < .01$). Additionally, the experimental group showed a significant improvement in behaviors related to neonatal hypoglycemia prevention ($M = 4.63$, $SD = .35$) compared to pre-program scores ($M = 3.35$, $SD = .28$) and the control group ($M = 3.32$, $SD = .15$) with statistical significance ($t = 17.64$, 24.09 ; $p < .01$).

The health literacy enhancement program significantly improved postpartum mothers' knowledge and behaviors regarding the prevention of neonatal hypoglycemia. Implementing such programs can effectively support postpartum mothers in managing their infants' health needs.

Keywords: Health literacy, Postpartum mothers, Newborn, Hypoglycemia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจะมีอาการและอาการแสดง เช่น ซึม แขนขาสั่น ชัก ตูมตามได้ไม่ดี ร้องเสียงสูงหรือต่ำ มีภาวะเขียว เหงื่อออก และหยุดหายใจ ทารกกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ แต่จะมีน้ำตาลในเลือดลด

ต่ำลงใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด หากทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงหรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร่วมด้วย จะได้รับการดูแลรักษาโดยคนมและให้สารละลายน้ำตาลทางหลอดเลือดดำเพื่อติดตามระดับน้ำตาลของทารกจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Sangsawang et al., 2018) การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล ทั้งในทารกที่มีอาการไม่รุนแรง มีอาการรุนแรงถึงระยะวิกฤต ตลอดจนการพยาบาลด้านจิตใจของบิดามารดา (Supabanpot et al., 2022) หากทารกไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลให้เกิดอันตรายต่อเนื้อสมองและอาจรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารดาและทารกต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าปกติ เมื่อเทียบกับทารกที่ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Tongbunnum & Kanchanabat, 2017)

ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 5 – 10 (Giouleka et al., 2023) และสามารถเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ในกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงสูง (Buaprakong et al. 2019) สำหรับในประเทศไทย ปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ในทารกแรกเกิด ร้อยละ 10.40 และในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 25.10 และระหว่างปี 2563 - 2564 พบอุบัติการณ์ในทารกแรกเกิด ร้อยละ 9.00 และทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง ร้อยละ 28.30 ซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ (Detintaranarak, 2023) หอผู้ป่วยพิเศษ 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี จึงได้ดำเนินการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดโดยเริ่มจากการสังเกตภาวะของโรค การเจาะระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2566 ยังพบอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในขณะดูแลเฉลี่ย 1.6 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.25 ซึ่งมีอัตราเกินมาตรฐานตัวชี้วัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 1 (Regional Health Promotion Center 5, 2023) จากอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแม้ว่าจะมีจำนวนน้อย แต่สามารถส่งผลกระทบต่อทารกทั้งทางด้านร่างกาย สมอง สติปัญญา และเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายในเวลา 6 - 12 ชั่วโมง (Detintaranarak, 2023)

การทบทวนการดำเนินงานการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า บุคลากรทางการพยาบาล ได้ดำเนินการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยวิธีการปกติที่โรงพยาบาลได้ให้การดูแล ได้แก่ เยี่ยมประเมินทารกแรกเกิดและมารดาหลังคลอดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง ให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับดูแลทารกแรกเกิดโดยรวมโดยวิธีการอธิบายเป็นรายบุคคลซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพื่อเฝ้าระวังอาการ รวมถึงการปฏิบัติตามเกณฑ์การส่งทารกเข้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (sick newborn care unit) ในกรณีทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือทารกที่มารดามีภาวะแทรกซ้อน แม้ว่าบุคลากรทางการพยาบาลได้ดำเนินการตามแนวทางอย่างครบถ้วนและถูกต้อง แต่พบว่าความรู้และทักษะเบื้องต้นในการดูแลทารกแรกเกิดของ

มารดาหลังคลอด เกี่ยวกับการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำยังมีน้อยมากหรือแทบไม่มีเลย รวมถึงมารดาไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติของทารกได้อย่างครอบคลุม จะสังเกตพบอาการผิดปกติได้ ก็เมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรงชัดเจน (Regional Health Promotion Center 5, 2023) ซึ่งเป็นความล่าช้า อาจส่งผลกระทบต่อทารกในระยะยาวทั้งทางร่างกายและใจ นอกจากนี้ ข้อจำกัดของมารดาหลังคลอด ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจากอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังคลอด เช่น เหนื่อยล้า เจ็บคัดตึงเต้านม ปวดแผลฝีเย็บ หรือแผลผ่าตัดคลอด เป็นต้น (Jatulajanyalate, 2021) ปัญหาด้านจิตสังคม ต้องรับมือกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ส่งผลให้เกิดความเครียด และวิตกกังวลได้ (Anusornteerakul et al., 2023) ข้อจำกัดเหล่านี้ ทำให้มารดาไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงของการมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารก รวมทั้ง พื้นฐานของความรู้ ความเชื่อ และความหลากหลายทางวัฒนธรรม (Chitsom & Saenrian, 2021) นับว่าเป็นความท้าทายทางการพยาบาลในการที่จะส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการดูแลทารกแรกเกิดให้กับมารดาหลังคลอดให้มีความรู้และทักษะในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในมารดาหลังคลอดและครอบครัวที่มาจากพื้นฐานแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้สามารถเข้าถึงมารดาหลังคลอด และประสบผลสำเร็จในการดูแลทารกแรกเกิด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยกระบวนการพยาบาลหรือแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เช่น การศึกษาในเรื่องอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด (Detintaranarak et al., 2023; Buaprakong et al., 2019) แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Supabanpot et al., 2022) และการให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด (Nakamadee et al., 2022) เป็นต้น ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมให้กับมารดาหลังคลอด ในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยเฉพาะ ทั้งนี้ การส่งเสริมสมรรถนะให้กับมารดาโดยบุคลากรทางวิชาชีพสามารถส่งเสริมได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด โดยใช้วิธีการส่งเสริมด้านความรู้และการฝึกปฏิบัติ พบว่า ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดา (Kraisree, 2019) การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดให้กับมารดาหลังคลอด เป็นบทบาทที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างความรู้ทางสุขภาพ (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2021) มาใช้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคล สร้างทักษะจากแหล่งข้อมูลผ่านช่องทางคลิป์วิดีโอที่น่าเชื่อถือ ประกอบในการตัดสินใจ วางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง และสามารถบอกต่อหรือเล่าถึงความสำเร็จสู่บุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ การศึกษาวิจัยนี้ จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดเกิดพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มสูงขึ้น ลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ในทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดได้ใช้ศักยภาพ ความรู้ทางสุขภาพ มีความมั่นใจต่อการมีพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายสามารถดูแลทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ระหว่างก่อนและหลัง เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองหลัง เข้าโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด สูงวก่อก่อนเข้าโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด สร้างขึ้นตามมาตรฐานการพยาบาลการดูแลทารกแรกเกิด (Regional Health Promotion Center 5, 2023) ออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2021) เพื่อให้เกิดทักษะ 6 ด้าน คือ ความรู้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับพฤติกรรมตนเอง และการบอกต่อ และมีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด สำหรับมารดาหลังคลอด โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด

1. เสริมสร้างพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การโต้ตอบซักถาม และการตัดสินใจ
2. เสริมสร้างพัฒนาความสามารถให้กับมารดาหลังคลอดในการดูแลทารกเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเข้ากลุ่มไลน์
3. เสริมสร้างทักษะการบอกต่อ เพื่อสามารถนำไปบอกต่อให้กับสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลทารกแรกเกิด หรือเพื่อนฝูงที่กำลังตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดคนอื่นๆ

- ความรอบรู้ทางสุขภาพ
- พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิด

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) มีรายละเอียด วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอด ที่รับหลังคลอดพร้อมทารกแรกเกิด ที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน พร้อมทารก หอผู้ป่วยพิเศษ 4 และ 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ในช่วงเดือน มีนาคม - เมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอด ที่รับหลังคลอดพร้อมทารกแรกเกิด ที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยในพร้อมทารก หอผู้ป่วยพิเศษ 4 และ 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติ Mean: difference between two independence means (two groups) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของนาตยา พิงสว่าง (Pungsawang, 2022) เท่ากับ 2.34 จึงเลือกใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (error) .05 และกำลังการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 42 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เท่ากับ 46 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) และจับคู่ (matched – pair method) ตามอายุ ระดับการศึกษา และชนิดการคลอด โดยกลุ่มทดลองเป็นมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิด ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ 4 ซึ่งได้รับการดูแลตามเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด และกลุ่มควบคุมหอผู้ป่วยพิเศษ 5 ซึ่งได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลการดูแลทารกแรกเกิด โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดทั้งมารดาและทารก เช่น ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ไม่มีอาการของภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านและเขียนได้เข้าใจ 3) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) ให้ความร่วมมือในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ตลอดระยะเวลาการวิจัย และ 5) มีโทรศัพท์ประเภทสมาร์โฟน สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มารดาหลังคลอดไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด ได้ครบทุกกิจกรรม 2) มารดาหลังคลอดหรือทารกแรกเกิดมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และต้องได้รับการรักษาโดยเร่งด่วน และ 3) ขอดอนตัว หรือไม่ประสงค์ตอบแบบสอบถาม/ ให้ข้อมูลในแบบสอบถามได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด ได้แก่ กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถาม

ทักษะการตัดสินใจ กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาความสามารถให้กับมารดาหลังคลอดในการดูแลทารก เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเข้ากลุ่มไลน์ และกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการบอกต่อ เพื่อมารดาสามารถนำไปบอกต่อให้กับสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลทารกแรกเกิด หรือเพื่อนที่กำลังตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดคนอื่น 2) คลิปวิดีโอที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ในหัวข้อความรู้ทางสุขภาพที่มารดาหลังคลอดควรมี ได้แก่ ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการโต้ตอบซักถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะในการดูแลทารก และทักษะการบอกต่อ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์เลี้ยงดูทารกแรก เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2021) จำนวน 30 ข้อ จำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง มีเกณฑ์การให้คะแนนการตอบคือ ถ้าตอบคำถามถูก ได้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0-10 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับไม่ถูกต้อง คะแนน ≥ 60 – 70% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับถูกต้องบ้าง คะแนน ≥ 70 – 80% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับถูกต้อง และคะแนน ≥ 80% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับถูกต้องที่สุด

2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ทักษะการโต้ตอบซักถาม จำนวน 4 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ทักษะการปรับพฤติกรรมตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ ทักษะการบอกต่อ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน คิดคะแนนเต็มระหว่าง 20 – 100 คะแนน จำแนกระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ คะแนน < 60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับไม่ดี คะแนน ≥ 60 – 70% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับพอใช้ คะแนน ≥ 70 – 80% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดี และคะแนน ≥ 80% ของคะแนนเต็ม หมายถึง ระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน และน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล

คะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ระดับไม่ดี
ระหว่าง 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และระหว่าง 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดมากกว่า 3 ปี จำนวน 2 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของคลิปวิดีโอ เทียบกับ 1.00 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด เทียบกับ 1.00 และแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมีค่าเท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดในลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โรงพยาบาลใกล้เคียง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่า ด้านความรู้ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เทียบกับ .83 ส่วนด้านอื่น และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เทียบกับ .93 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการทำวิจัย รวมทั้ง การพิทักษ์สิทธิตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในการเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest)
2. ระยะทดลอง ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มทดลอง จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ตาราง 1 กิจกรรมการทดลอง

ครั้งที่	กิจกรรม
1. ระยะ 6-24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด เป็นรายบุคคล ใช้เวลา 30 นาที	- เสริมสร้างความรู้การเข้าใจในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยให้มารดาหลังคลอดศึกษาความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดจากคลิปวิดีโอการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ - เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในการดูแลทารกแรกเกิด โดยแนะนำวิธีการและแนวทางในการสืบค้นข้อมูลในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยวิธีการสอนประกอบ การสาธิต การสืบค้นข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ส่งมอบคลิปวิดีโอให้กับมารดาหลังคลอดไว้ทบทวนความรู้ความเข้าใจได้ตลอดเวลา - เสริมสร้างทักษะการโต้ตอบซักถาม หลังจากรับชมคลิปวิดีโอได้ดูคลิปวิดีโอ ผู้วิจัยสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดสอบถามผู้วิจัยกลับเกี่ยวกับความรู้ หรือข้อสงสัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติในการดูแลทารกแรกเกิดระหว่างมารดาหลังคลอดและผู้วิจัย

ตาราง 1 (ต่อ)

ครั้งที่	กิจกรรม
	- เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ เพื่อพัฒนาความสามารถให้กับมารดาหลังคลอด สามารถหาทางเลือก หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ อย่างมีเหตุผลและถูกต้อง โดยการทบทวนความรู้การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างอาการเด็กทารกที่มีความเสี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือภาวะผิดปกติในทารกแรกเกิดในการปฏิบัติตนและอธิบายวิธีการหาทางเลือกหรือวิธีการปฏิบัติอื่น ๆ เพิ่มเติม
2. ระยะ 36-48 ชั่วโมง หลังคลอด กิจกรรมรายกลุ่ม ใช้เวลา 30 - 40 นาที	กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาทักษะการปรับพฤติกรรมตนเอง - กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่เป็นรายกลุ่มย่อย โดยการสอนประกอบการสาธิต และฝึกปฏิบัติให้กับบิดาและมารดาหลังคลอด เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด และเน้นเนื้อหาในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมลูก และการสังเกตอาการผิดปกติของทารกที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เป็นต้น - จัดทำไลน์กลุ่ม เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีข้อสงสัยหรือต้องการรับคำปรึกษาสามารถปรึกษาทางไลน์กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มได้
3. ระยะ 4-7 วัน หลังคลอด กิจกรรมรายกลุ่มย่อย ใช้เวลา 15 - 20 นาที	กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการบอกต่อ - การสนทนากลุ่มย่อยในมารดาหลังคลอดที่นำทารกแรกเกิดมารับการตรวจหลังคลอดตามแพทย์นัด ให้มารดาหลังคลอดสะท้อนคิดถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติ และการขอความช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล หลังจากกลับบ้าน เป็นต้น และสอบถามพฤติกรรมการบอกต่อของมารดาหลังคลอด ให้กับสมาชิกในครอบครัวเพื่อช่วยกันดูแลทารกแรกเกิด หรือเพื่อนฝูงที่กำลังตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดคนอื่น ๆ - ตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโปรแกรม (posttest)

3. ระยะหลังการทดลอง ดำเนินกิจกรรมในกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่อยู่ในระยะ 4-7 วัน หลังคลอด เป็นรายกลุ่มย่อย ใช้เวลา 30 นาที รายละเอียด ดังนี้ 1) ให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) 2) มอบคลิปวิดีโอทัศน์การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และใช้เวลาในการศึกษาด้วยตนเอง จากนั้นสอบถามความรู้ที่ได้จากคลิปวิดีโอทัศน์สอบถามมารดาหลังคลอดควรปฏิบัติตนอย่างไร และอธิบายวิธีการหาทางเลือกหรือวิธีการปฏิบัติอื่น ๆ และ 3) เสริมสร้างทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยการสอนประกอบการสาธิต การสืบค้นข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์มือถือในการดูแลทารกแรกเกิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณจากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
- เปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi square test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ระหว่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 6/2567 วันที่ 31 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยคำนึงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 30.54 ($SD = 5.17$) และ 30.59 ปี ($SD = 4.27$) สถานภาพคู่อาศัยอยู่กับสามี ร้อยละ 89.13 และ 86.96 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.70 และ 54.35 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.30 และ 52.17 ตั้งครรภ์เฉลี่ยที่ 1.50 ($SD = .51$) และ 1.37 ($SD = .49$) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 37.93 สัปดาห์ ($SD = .68$) และ 37.96 สัปดาห์ ($SD = .70$) วิธีการคลอดแบบผ่าคลอด ร้อยละ 63.04 และ 52.17 น้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,070.48 กรัม ($SD = 311.91$) และ 3,064.15 กรัม ($SD = 285.05$) เคยมีประสบการณ์ดูแลทารกแรกเกิด ร้อยละ 52.17 และไม่เคยมีประสบการณ์ดูแลทารกแรกเกิด ร้อยละ 54.35 ตามลำดับ ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 46)		กลุ่มควบคุม (n = 46)		p-value
	M	SD	M	SD	
อายุ (ปี)	30.54	5.17	30.59	4.27	.94 ^a
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์เฉลี่ย	1.50	.51	1.37	.49	.22 ^a
อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)	37.93	0.680	37.96	0.698	.96 ^a
น้ำหนักเฉลี่ยทารกแรกเกิด	3,070.48	311.91	3,064.15	285.05	.99 ^a

^a independent t-test

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 46)		กลุ่มควบคุม (n = 46)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					
อาศัยอยู่กับสามี	41	89.13	40	86.96	.49 ^b
ไม่ได้อาศัยกับสามี	2	10.87	6	13.04	
ระดับการศึกษาสูงสุด					
ไม่ได้เรียน	1	2.17	1	2.17	.78 ^b
ประถมศึกษา	2	4.35	2	4.35	
มัธยมศึกษา	9	19.57	10	21.74	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	5	10.87	6	13.04	
ปริญญาตรี	27	58.70	25	54.35	
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.35	2	4.35	
อาชีพปัจจุบัน					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	17.39	7	15.22	.71 ^b
ค้าขาย	12	26.09	11	23.91	
รับจ้าง	19	41.30	24	52.17	
รับราชการ	5	10.87	2	4.35	
รัฐวิสาหกิจ	2	4.35	2	4.35	
วิธีการคลอด					
ปกติ	17	36.96	22	47.83	.29 ^b
ผ่าคลอด	29	63.04	24	52.17	
ประสบการณ์ดูแลทารกแรกเกิด					
ไม่เคย	24	52.17	21	45.65	.53 ^b
เคย	22	47.83	25	54.35	

^b Chi-square test

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับถูกต้องที่สุด ($M = 9.48, SD = .72$) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 15.17, SD = .68$) ทักษะการโต้ตอบซักถามเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 15.50, SD = 1.11$) ทักษะการตัดสินใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 15.46, SD = .81$) ทักษะการปรับพฤติกรรมตนเอง ($M = 15.89, SD = 1.29$) ทักษะการบอกต่อเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี ($M = 15.50, SD = 1.11$) และโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 77.52, SD = 4.03$) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

มีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ($M = 4.63$, $SD = .35$) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ระดับ และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 46)			หลังการทดลอง (n = 46)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรู้								
กลุ่มทดลอง	5.85	2.02	พอใช้	9.48	.72	ถูกต้องที่สุด	11.27**	< .01
กลุ่มควบคุม	5.76	1.52	พอใช้	5.89	1.32	พอใช้	1.43	.08
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	13.22	.92	พอใช้	15.17	.68	ดี	11.13**	< .01
กลุ่มควบคุม	13.15	.82	พอใช้	13.24	.82	พอใช้	.85	.20
การโต้ตอบซักถาม								
กลุ่มทดลอง	12.91	.86	พอใช้	15.50	1.11	ดี	15.56**	< .01
กลุ่มควบคุม	13.09	.98	พอใช้	13.11	1.10	พอใช้	.12	.45
การตัดสินใจ								
กลุ่มทดลอง	13.15	.87	พอใช้	15.46	.81	ดี	13.56**	< .01
กลุ่มควบคุม	13.02	1.04	พอใช้	12.76	.90	พอใช้	1.32	.09
การปรับพฤติกรรมตนเอง								
กลุ่มทดลอง	13.46	.94	พอใช้	15.89	1.29	ดี	11.46**	< .01
กลุ่มควบคุม	13.26	.93	พอใช้	13.41	.91	พอใช้	.77	.22
การบอกต่อ								
กลุ่มทดลอง	13.24	.87	พอใช้	15.50	1.11	ดี	10.79**	< .01
กลุ่มควบคุม	13.37	1.04	พอใช้	13.11	1.10	พอใช้	1.32	.09
โดยรวม								
กลุ่มทดลอง	65.98	2.34	พอใช้	77.52	4.03	ดี	20.27**	< .01
กลุ่มควบคุม	65.89	3.02	พอใช้	65.78	3.56	พอใช้	.18	.42
พฤติกรรมดูแลทารกแรกเกิด								
กลุ่มทดลอง	3.35	.28	ปานกลาง	4.63	.35	สูง	17.64**	< .01
กลุ่มควบคุม	3.28	.14	ปานกลาง	3.32	.15	ปานกลาง	1.51	.06

** $p < 0.1$

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางสุขภาพ

และพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด ($M = 77.52$, $SD = 4.03$; $M = 4.63$, $SD = .35$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม เกิด ($M = 65.78$, $SD = 3.56$; $M = 3.32$, $SD = .15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.80$, 24.09 ; $p < .01$) ดังตาราง 3

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ระดับ และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 46)			กลุ่มควบคุม (n = 46)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม	77.52	4.03	ดี	65.78	3.56	พอใช้	14.80**	< .01
ความรู้	9.48	.72	ถูกต้องที่สุด	5.89	1.32	พอใช้	16.16**	< .01
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	15.17	.68	ดี	13.24	.82	พอใช้	12.32**	< .01
การโต้ตอบซักถาม	15.50	1.11	ดี	13.11	1.10	พอใช้	10.37**	< .01
การตัดสินใจ	15.46	.81	ดี	12.76	.90	พอใช้	15.12**	< .01
การปรับพฤติกรรมตนเอง	13.26	.93	ดี	13.41	.91	พอใช้	10.67**	< .01
การบอกต่อ	15.50	1.11	ดี	13.11	1.10	พอใช้	10.37**	< .01
พฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิด	4.63	.35	สูง	3.32	.15	ปานกลาง	24.09**	< .01

** $p < 0.1$

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอด พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดเกิดจากความรู้เป็นความเข้าใจที่เป็นประโยชน์ ผ่านกระบวนการจำ และเข้าใจ จึงส่งผลให้เกิดทักษะการปฏิบัติ และจัดการตนเอง (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2021) ซึ่งในโปรแกรมได้ดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ จำนวน 3 ครั้ง ครอบคลุมด้านความรู้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปรับพฤติกรรมตนเอง และทักษะการบอกต่อ จึงส่งผลต่อการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อดูแลทารกแรกเกิดไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ การกระตุ้นให้ทารกแรกเกิดดูดนม การดูดนมที่ถูกต้อง การสังเกตทารกแรกเกิดที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ร้องเสียงเบา ซึม ไม่ดูดนม ตัวอ่อน ปวกเปียกหรือมีอาการเขียว หายใจไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรโดยบุคลากรทาง

วิชาชีพ สามารถส่งเสริมได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด ทั้งการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติโดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยมารดาเป็นอันดับแรก ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อพฤติกรรม การเลี้ยงบุตรด้วยมารดา ระยะเวลาการเลี้ยงบุตร และอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Kraisree et al., 2019; Nakamadee, 2022) และการเพิ่มน้ำหนักรกทารก (Suvanich, 2022) อีกทั้ง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วม กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ ซึ่งจะเป็นเนื้อหาในการดูแลทารก และการให้ความรู้และฝึกทักษะด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด แนวทางตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ เป็นการให้พ่อแม่ ผู้ปกครองได้ลงมือปฏิบัติกับทารกจริงของตนเองภายใต้การเฝ้าดูอย่างใกล้ชิดของบุคลากรพยาบาล ในกรณีที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องจะบอกตรง ๆ ด้วยวาจาสุภาพ และให้คำอธิบายด้วยเหตุผลพร้อมทั้งเพิ่มเติม คำอธิบายว่าทำไมจึงจะปรับเปลี่ยนการกระทำที่ผิดนั้นให้ถูกต้อง เพื่อความชัดเจนความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันของกิจกรรมที่ปฏิบัติ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงควรใช้แนวทางการสื่อสาร เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้มารดาหลังคลอด เข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ชัดเจนและเพียงพอ จนเกิดความเข้าใจข้อมูลที่รับรู้ได้อย่างถูกต้องและนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาทารกแรกเกิดในภาวะปกติ จึงไม่ได้มีการเปรียบเทียบค่าน้ำตาลใน เลือดของทารกแรกเกิดหลัง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรสนับสนุนให้มีการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับสมาชิกครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดและเฝ้าระวัง เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด เพื่อช่วยมารดาหลังคลอดในการดูแลทารกแรกเกิดที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง
2. งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ควรสนับสนุนให้มีการนำกิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของทารกแรกเกิด มาร่วมใช้ในการดูแลทารกแรกเกิด ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน เพื่อช่วยสนับสนุนในการดูแลมารดาหลังคลอด และทารกที่มารับบริการและสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว ถึงความต่อเนื่องของพฤติกรรมดูแลทารกแรกเกิด ในหญิงตั้งครรภ์ที่กลับบ้าน และนำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้สามารถดูแลทารกได้ครอบคลุมทั้งใน ด้านพัฒนาการ และโภชนาการ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Anusornteerakul, S., Harnklar, S., Ounkaew, A., Chaiwan, W., & Boonmala, N. (2023). Mental health and adaptation among postpartum mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 24(1), 116-124.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Prentice Hall.
- Buaparakong, S., Thampanichawat, W., & Rungamonrat, S. (2019). Predictive factors of hypoglycaemia in neonates delivered by means of caesarean sections. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 34(1), 59-73. (in Thai)
- Chitsom, S., & Saenrian, B. (2021). Multi-culture for postpartum maternal care. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 605-618. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2021). *Manual to Organize Parent-School Activities Based on BBL Brain Development Principles*. WVO Office of Printing Mill.
- Detintaranarak, J. (2023). Incidence and risk factor of neonatal hypoglycemia in high risk infant, Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 42(2), 187-198. (in Thai)
- Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2021). *Health education program to enhance health literacy according to the National Health Act*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(1), 175-191.
- Giouleka, S., Gkiouleka, M., Tsakiridis, I., Daniilidou, A., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2023). Diagnosis and management of neonatal hypoglycemia: A comprehensive review of guidelines. *Children*, 10(7), Article 1220. <https://doi.org/10.3390/children10071220>
- Health Promotion Center Region 5 Ratchaburi. (2023). *Guidelines for practice in newborns with hypoglycemia*. Pediatric department, Health Promotion Center Region 5 Ratchaburi. (in Thai)
- Jatulajanyalate, N. (2021). Nurse's role in caring for mothers with preterm infants: Transition phases of motherhood. *Journal of Nursing Siam University*, 22(43), 150-159. (in Thai).

- Kraisree, N., Ngoenthong, P., Somboon, L., & Tongswas, T. (2019). Professional support on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding behavior, breastfeeding duration and breastfeeding rate: A systematic review. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 135-152. (in Thai)
- Nakamadee, B., Khanthayod, J., & Suksawat, A. (2022). Effect to breastfeeding knowledge online program on knowledge and behavior of breastfeeding mothers in postpartum adolescent mothers in Phitsanulok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 12(2), 17-28. (in Thai)
- Pungsawang, N. (2022). Effect of an educational program on caregivers' knowledge and ability enhancement regarding neonatal jaundice undergoing phototherapy. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 23(3), 486-93. (in Thai)
- Sangsawang, T., Roonghiranwat, T., Bongsebandhu-phubhakdi, C., & Kongkanka, C. (2018). Incidence and risk factor of hypoglycemia in high risk infant in neonatal unit of Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 35(3), 268-276. (in Thai).
- Supabanpot, S., Tattiyakul, P., & Ratanaphisit, T. (2022). Implementation of clinical practice guideline for newborn infants at risk of neonatal hypoglycemia. *Burapha Journal of Medicine*, 9(2), 26-36. (in Thai)
- Suvanich, N. (2023). Effectiveness of the health literacy program for pregnant women on neonatal weight. *Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospital*, 37(1), 41-51. (in Thai)
- Tongbunnum, T., & Kanchanabat, S. (2017). Neonatal outcomes of mothers with gestational diabetes mellitus at Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 61(1), 21-32. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

Health Promoting Behavior among Nursing Students
in a Public University

สุรางค์ เชื้อวนิชชากร^{1*}, พูนสุข ช้วยทอง²

Surang Cherwanitchakorn^{1*}, Poonsook Shuaytong²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surang.ch@ssru.ac.th)

(Received: May 15, 2024; Revised: August 15, 2024; Accepted: August 21, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 260 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ความสุข และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .95, .93, และ .90 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .83 .89 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง ระดับปานกลาง ($M = 79.63, SD = 9.93$) มีความสุขในระดับสูง ($M = 4.45, SD = .52$) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 84.9, SD = 10.37$) ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.55, 16.90; p < .05$) ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$, และ .27 ตามลำดับ)

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ และผู้เกี่ยวข้อง ควรมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้ง การออกแบบกิจกรรมการสร้างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และความสุขให้แก่นักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง, ความสุข, นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Instructor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

² รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Associate Professor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study health-promoting behaviors and the relationship between biosocial, psychological factors, and health-promoting behaviors among nursing students in a public university. The sample consisted of 260 nursing students from a public university in Bangkok, selected through simple random sampling. Data were collected using self-assessment questionnaires measuring self-esteem, happiness, and health-promoting behaviors, with content validity indices of .95, .93, and .90, respectively, and Cronbach's alpha reliability coefficients of .83, .89, and .77, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Pearson correlation coefficients.

The results showed that the sample had a moderate level of self-esteem ($M = 79.63$, $SD = 9.93$), a high level of happiness ($M = 4.45$, $SD = .52$), and a moderate level of health-promoting behaviors ($M = 84.90$, $SD = 10.37$). Biosocial factors, including body mass index and adequacy of monthly expenses were significantly related to health-promoting behaviors ($\chi^2 = 11.55, 16.90$; $p < .05$). Psychological factors, such as self-esteem and happiness, were positively correlated with health-promoting behaviors at a low level, with statistical significance at the .05 level ($r = .18$ and $.27$, respectively).

It is recommended that nursing education administrators and relevant stakeholders implement health promotion policies and design activities that enhance self-esteem and happiness among nursing students.

Keywords: Health-promoting behavior, Self-esteem, Happiness, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความต่อเนื่องของกระแสโลกาภิวัตน์ ส่งผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าชัดเจนทั้งในทางเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสารแบบไร้พรมแดน การแพทย์และสาธารณสุข ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างไปจากในอดีต มีสิ่งอำนวยความสะดวก และเครื่องทุ่นแรงต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มนุษย์มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวลดน้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) จากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมในบุคคลทุกเพศทุกวัย เช่น น้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ (Patton et al., 2016) การลดการเกิดกลุ่มโรค NCDs โดยการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การมีกิจกรรมทางกายให้เพียงพออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการออกกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์ (Liangruenrom, 2018)

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น และการปรับตัวกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีในเชิงบวกจะเกิดขึ้นได้น้อย トラบไคที่ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ภาครัฐจัดให้มีสถานบริการสุขภาพครอบคลุมตามความต้องการใช้บริการของประชาชนก็ตาม

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนส่วนใหญ่ ถือเป็นต้นแบบในการแสดงออกถึงรูปแบบการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่มีความสุขอนามัยดี การปลูกฝังให้พยาบาลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจนเกิดความคุ้นชินนั้น จำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงเริ่มเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาพยาบาลเป็นบุคลากรทางสายวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะการศึกษาที่เสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อได้ง่าย นอกจากจะต้องปฏิบัติงานโดยใช้เทคนิคป้องกันการติดเชื้อตามหลักมาตรฐานสากล (universal precaution technique) และการควบคุมการติดเชื้อ (infectious control) ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและเหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันเป็นแบบอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นเชิงประจักษ์สำหรับประชาชนทั่วไป จากการศึกษา นักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพฯ พบว่า ชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายเดือน สถานที่พักอาศัย และเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Leartsakornsiri & Khampunyo, 2017) การศึกษานักศึกษาในจังหวัดปัตตานี พบว่า เพศ ชั้นปี การศึกษา ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Rakpanusit et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเช่น ประเทศจอร์แดน พบว่า อายุ เพศ การมีงานทำ และรายได้ครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา (Shaheen, et al., 2015) เกาหลีใต้ พบว่า การรับรู้สุขภาพ และความสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล (Kang, 2018) และพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเกาหลีใต้ ได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง (Park et al., 2016) รวมทั้ง ประเทศอิตาลี พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง ความสุข กับภาวะสุขภาพ (Benevene et al., 2018)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง และอยู่ในช่วงวัยต่อระหว่างวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัดทั่วประเทศ ต้องพักอาศัยในหอพักเอกชน ทั้งยังได้รับอิทธิพลจากรูปแบบการดำเนินชีวิตสมัยใหม่ จึงจำเป็นต้องมีสุขภาพที่ดีในทุก ๆ ด้าน พร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีวินัยและรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาประยุกต์ใช้ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแล้ว จะตระหนักรับรู้ในการควบคุมพฤติกรรมตนเองให้เกิดประโยชน์ต่อการมีสุขภาพที่ดีมากขึ้น ทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีได้ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด (Pender et al., 2011) โดยศึกษากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านชีวสังคม และด้านจิตวิทยา ผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

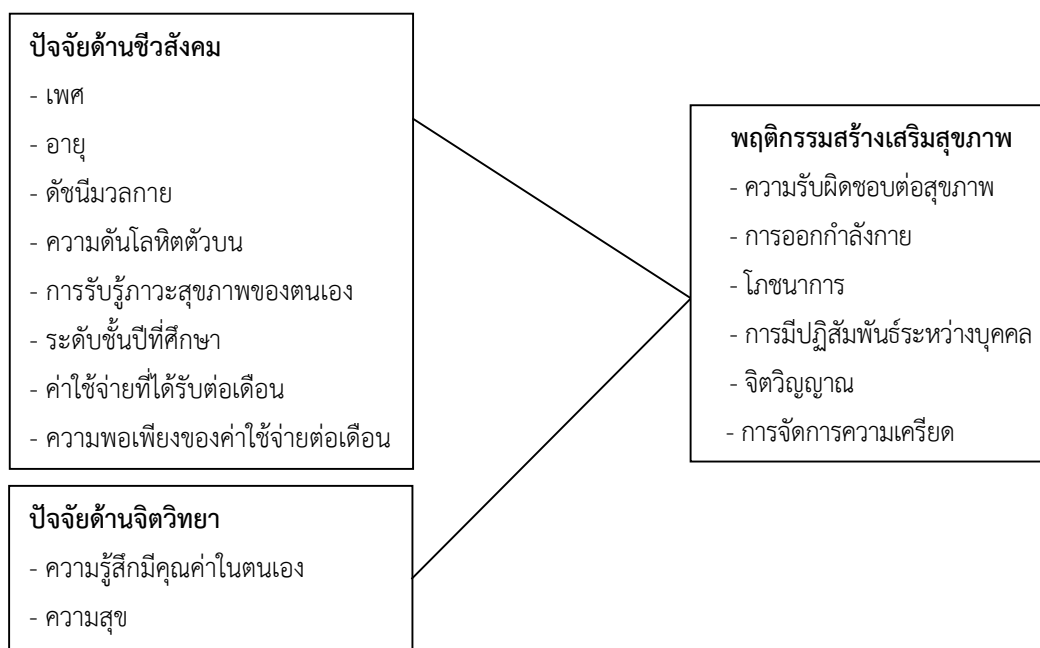
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตตัวบน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) จิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด คัดเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตตัวบน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน (Shaheen, 2015; Leartsakornsiri & Khampunyo, 2017) และปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข (Park et al., 2016; Kang, 2018) มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม 2562 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2561 จำนวน 479 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970 อ้างถึงใน Pasunon, 2014) ได้ขนาดตัวอย่าง 230 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือไม่มีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อเรื้อรัง 2) มีการสื่อสารและการรับรู้ที่ดี และ 3) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ตัวบน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ดัดแปลงมาจากการวิจัยเรื่อง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขของผู้ใหญ่วัยกลางคน (Shuaytong et al., 2014) ได้แก่

- แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างไม่เป็นจริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน และเป็นจริงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ มีคะแนนรวม ระหว่าง 20-100 คะแนน แปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ (Bloom, 1975) ดังนี้

คะแนน 20-59 (คะแนน < ร้อยละ 60)	หมายถึงระดับต่ำ
คะแนน 60-79 (คะแนนร้อยละ 60-79)	หมายถึงระดับปานกลาง
คะแนน 80-100 (คะแนนร้อยละ ≥ 80)	หมายถึงระดับสูง

- แบบประเมินความสุข จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ เป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ระหว่างไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 6 คะแนน มีความหมายทางบวก 18 ข้อ และมีความหมายทางลบ 12 ข้อ คัดคะแนนเฉลี่ย เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 1.00-1.99 คะแนน	หมายถึง ไม่มีความสุข
ระหว่าง 2.00-2.99 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
ระหว่าง 3.00-3.99 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 4.00-4.99 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่าง 5.00-5.99 คะแนน	หมายถึง ระดับมากที่สุด
ระหว่าง 6.00 คะแนน	หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากการวิจัยของ Purakhom and Kaewmahingsa (2013) จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างปฏิบัติงาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ คิดคะแนนรวมระหว่าง 30-120 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ (Bloom, 1975) ดังนี้

คะแนน 30.00-71.99 (คะแนน < ร้อยละ 60) หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม

คะแนน 72.00-94.79 (คะแนนร้อยละ 60-79) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 94.80.-120.00 (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80) หมายถึง ระดับเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการมนุษย์และพฤติกรรม และอาจารย์พยาบาลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ .95, .93, และ .90 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .89, และ .77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อคณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย และขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลนักศึกษาพยาบาล
2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย รวมทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนต้องลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการตอบแบบสอบถาม
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาหลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน โดยแจกแบบสอบถามแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย แยกตามระดับชั้นเรียน จัดที่นั่งห่างกันโดยไม่สามารถเห็นคำตอบผู้อื่น ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามทั้งหมด และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามอย่างอิสระตามความสมัครใจ และรอรับแบบสอบถามกลับคืนทันที โดยใช้เวลาประมาณคนละ 30 นาที ผู้เข้าร่วมการวิจัยนำแบบสอบถามที่ตอบเสร็จแล้วบรรจุใส่ซองจดหมายปิดผนึก และใส่ในกล่องที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ การวิจัยนี้ได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนกลับคืนมา จำนวน 260 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test: χ^2)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: r) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การทดสอบกระจายข้อมูลของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่า มีการแจกแจงแบบปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) (Cohen, 1988) ดังนี้

$\leq \pm .30$	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง $\pm .31 - \pm .70$	หมายถึง ระดับปานกลาง
$> \pm .71$	หมายถึง ระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เลขที่ COA. 1-067/2018 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย การลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อนักศึกษาใด ๆ มีการรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านจิตวิทยา และระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 88.50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–25 ปี ร้อยละ 53.50 รองลงมา คือ 18–20 ปี ร้อยละ 45.80 และอายุเฉลี่ย 20.68 ปี ($SD = 1.34$) ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ ร้อยละ 63.50 รองลงมาคือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 23.80 มีความดันโลหิตตัวบน อยู่ในช่วงปกติ (100-120 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 80.20 และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับเท่ากับผู้ที่มียุเท่ากัน มากที่สุด ร้อยละ 72.30 ระดับชั้นปีที่ 1–4 จำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 25.00 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน 9,001–12,000 บาท ร้อยละ 43.1 ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 64.60 รองลงมา พอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 30.40

ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 79.63$, $SD = 9.93$) และความสุข ($M = 4.45$, $SD = 0.52$) อยู่ในระดับความสุขมาก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 84.90$, $SD = 10.37$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน ระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 11.62$, $SD = 3.11$) ระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 13.62$, $SD = 2.12$) โภชนาการ ($M = 14.46$, $SD = 2.54$) การ

พัฒนาจิตวิญญาณ ($M = 13.32$, $SD = 2.56$) และการจัดการความเครียด ($M = 15.02$, $SD = 2.55$) ส่วนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับเหมาะสม ($M = 18.86$, $SD = 2.80$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม ($n = 260$)

รายการ	M	SD	ระดับ
ปัจจัยด้านจิตวิทยา			
ความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง	79.63	9.93	ปานกลาง
ความสุข	4.45	0.52	มาก
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			
การรับผิดชอบต่อสุขภาพ	13.62	2.12	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	11.62	3.11	ไม่เหมาะสม
โภชนาการ	14.46	2.54	ปานกลาง
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	18.86	2.80	เหมาะสม
การพัฒนาจิตวิญญาณ	13.32	2.56	ปานกลาง
การจัดการความเครียด	15.02	2.55	ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ

ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับชั้นปีที่ศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน และ ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เหมาะสม ปานกลาง และเหมาะสม ผลการวิจัย พบว่า ดัชนีมวลกาย และความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ($\chi^2 = 11.55, 16.90$; $p < .05$) ส่วนเพศ อายุ ความดันโลหิตตัวบน การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ระดับชั้นปีที่ศึกษา และค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม กับระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพมหานคร (n = 260)

ตัวแปร	ไม่เหมาะสม (n = 25)		ปานกลาง (n = 200)		เหมาะสม (n = 35)		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							3.05	2	.217
ชาย	5	1.92	19	7.31	6	2.31			
หญิง	20	7.70	181	69.61	29	11.15			
อายุ							5.90	2	.053
≤ 20 ปี	3	1.15	53	20.38	14	5.38			
> 20 ปี	22	8.46	147	56.55	21	8.08			
ดัชนีมวลกาย							11.55	4	.017*
ค่อนข้างผอม/ ผอม	9	3.79	47	19.83	7	2.95			
สมส่วน	10	4.22	116	48.95	14	5.91			
น้ำหนักเกิน/ อ้วน	4	1.69	20	8.44	10	4.22			
ความดันโลหิตตัวบน							.57	2	.751
< 120 มม.ปรอท	4	3.81	32	30.47	8	7.62			
> 120 มม.ปรอท	5	4.76	48	45.72	8				
ระดับชั้นปี							9.97	6	.116
1	2	.77	50	19.23	15	5.77			
2	7	2.69	48	18.46	9	3.46			
3	10	3.85	48	18.46	6	2.31			
4	6	2.31	54	20.77	5	1.92			
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง							1.93	6	.936
แย่กว่า	2	.77	9	3.46	2	.77			
เท่ากัน	19	7.31	145	55.78	24	9.23			
ดีกว่า	1	.38	17	6.54	3	1.15			
ไม่แน่ใจ	3	1.15	29	11.15	6	2.31			
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน							2.65	2	.265
≤ 5000 บาท	2	.82	28	11.43	8	3.26			
> 5000 บาท	22	8.98	159	64.90	26	10.61			
ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือน							16.90	6	.005*
พอใช้ และเหลือเก็บ	7	2.70	53	20.46	19	7.34			
พอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ	15	5.79	139	53.67	13	5.02			
ไม่พอใช้ แต่ไม่มีหนี้สิน	2	.77	5	1.93	2	.77			
ไม่พอใช้ และมีหนี้สิน	1	.39	3	1.16	0	.00			

* p-value < .05

ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .18$ และ $.27$ ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพมหานคร
($n = 260$)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา	r	ระดับ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.18*	ต่ำ
ความสุข	.27*	ต่ำ

* p -value < .05

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (Sikao et al., 2016) เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลอยู่ในวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งวัยดังกล่าวส่วนใหญ่จะขาดความสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง เพราะเห็นว่าตนเองยังมีอายุน้อย จึงมีโอกาสที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพน้อย จึงขาดความใส่ใจ และเอาเวลาส่วนใหญ่ไปศึกษาเล่าเรียน หาความสำราญให้ตนเอง เช่น การใช้เวลานานรายวันต่อการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง การมีกิจกรรมทางกาย (physical activities) ไม่เพียงพอ และไม่ระมัดระวังในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ (Liangruenrom et al., 2018) สะท้อนว่า ถึงแม้จะเป็นผู้ที่ศึกษาด้านสุขภาพ ก็ควรปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอย่างเหมาะสม จึงต้องปรับกลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปเป็นแบบอย่างในการดำรงซึ่งผู้นำด้านสุขภาพต่อไป

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด เป็นพฤติกรรมหลัก ซึ่งนำมาสู่การมีสุขภาพที่ดี การศึกษานี้ พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่เหมาะสม อาจเป็นเพราะว่า สถาบันการศึกษานี้เน้นกิจกรรมเสริมเกี่ยวกับโครงการพัฒนาด้านภาษาอังกฤษ การพัฒนาธรรมะและจริยธรรม เน้นความรับผิดชอบต่อการวางตัว การแต่งกายที่เหมาะสม ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลมีภารกิจในการศึกษาเล่าเรียน และส่วนใหญ่นักศึกษาต้องพักอาศัยในหอพักเอกชน จึงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการออกกำลังกาย ซึ่งแม้ว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง การหลั่งสารแห่งความสุข ช่วยลดความเครียด สร้างการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใน

ทางอ้อม และส่งเสริมการนอนหลับในช่วงเวลากลางคืน ทำให้สมองมีการหลั่งฮอร์โมนที่ช่วยเรื่องการเจริญเติบโต ทำให้สมองปลอดโปร่ง และเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้และการศึกษา (neurocognitive and academic performance) (Wang & Boros, 2021) และช่วยให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายดี และลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Liangruenrom et al., 2018) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (Lertsakornsiri & Khampunyo, 2017) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาในสถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตชลบุรี (Lawa et al., 2019) ที่พบว่าอยู่ในระดับดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวิตสังคม และและปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ ผลการวิจัย พบว่า ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ($\chi^2 = 11.55, p < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ในวัยรุ่นการมีสุขภาพที่ดี ส่วนใหญ่เริ่มจากการมีรูปร่างสมส่วนหรือการมีค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นไม่มีภาวะอ้วนลงพุง และไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังผลการวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมพฤติกรรมในด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phoemphun et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ก็จะส่งผลให้มีดัชนีมวลกายเหมาะสม

ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ($\chi^2 = 16.90, p < .05$) อาจเป็นเพราะ นักศึกษาพยาบาลที่ศึกษาในสถาบันการศึกษาของรัฐในกรุงเทพฯ จำเป็นต้องมีเงินค่าใช้จ่ายเพียงพอในการดำรงชีวิตซึ่งค่อนข้างสูง เช่น ค่าที่อยู่อาศัย ค่าเดินทาง ค่าอาหาร และต้องกู้ยืมเงินเพื่อการศึกษาจากรัฐบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaheen et al. (2015) ที่พบว่า รายรับของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากผู้ที่อยู่ในวัยเรียนมีรายได้ของครอบครัวระดับปานกลางและระดับสูง จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เนื่องจากวัยเรียนนี้รับรู้ว่ามีเงินสำหรับใช้จ่ายรายวันเพียงพอเพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ เช่น การจัดซื้ออาหารที่มีประโยชน์รับประทาน ทำให้มีโอกาสกระทำพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพได้บ่อยครั้ง ซึ่งการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย (Lertsakornsiri & Khampunyo, 2017)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ($r = .18, p < .05$) เนื่องจากความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการแสดงขอบเขตของบุคคลในการยอมรับความสามารถ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง โดยบุคคลจะประเมินคุณค่าของตนเองจากลักษณะทางกายภาพ จิตใจ ทักษะคิด ค่านิยม และความสามารถทางสติปัญญาและด้านต่าง ๆ บุคคลเหล่านี้ มักมีความกระตือรือร้นและมีความมานะพยายามในการดำเนินชีวิตที่ดี มีคุณภาพ ตั้งใจศึกษาเล่าเรียนเพื่ออนาคต และส่งเสริมให้ตนเองแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (Coopersmith, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาในเกาหลีใต้ ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษา คนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าใน

ตนเองระดับสูง จะสามารถออกแบบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกสำหรับการดำรงชีพ ทั้งด้านส่วนตัวและด้านสังคมได้ จึงมีการแสดงออกถึงการมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น (Kim & Kim, 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Park et al. (2016) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นเกาหลีใต้ได้รับอิทธิพลจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .27, p < .05$) ทั้งนี้ความสุขเป็นอารมณ์ที่มีผลสืบเนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งได้จากการปฏิบัติตนที่ดีอย่างเหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มองโลกในแง่ดี มีความคิดที่ยืดหยุ่น และเหมาะสมกับสถานการณ์ (Coopersmith, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kang (2018) พบว่า ความสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาล และพบความสัมพันธ์ระหว่างความสุข กับภาวะสุขภาพ (Benevene et al., 2018) ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงวัยที่ยังมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง นักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 72 รับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองปกติเท่ากับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน และภารกิจในการเรียนพยาบาลซึ่งต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ ทำให้มีเวลาน้อยในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงไม่ค่อยตระหนักเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพมากนัก โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นักศึกษาสนใจดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากหากเจ็บป่วย จะได้รับการรักษาทันเวลา (Saravivrote & Janyam, 2014)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาเฉพาะนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐในกรุงเทพฯ เท่านั้น จึงไม่สามารถนำมาผลการวิจัยมาใช้เป็นตัวแทนของมหาวิทยาลัยของรัฐในภาพรวมของประเทศไทยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถาบันการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์ และผู้เกี่ยวข้อง ควรจัดให้มีระบบสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การสอดแทรกในรายวิชาการเจริญเติบโตและพัฒนาการมนุษย์ และการพยาบาลชุมชน การจัดให้มีการจำหน่ายอาหารสุขภาพในราคาที่เหมาะสมกับนักศึกษา และการสนับสนุนให้มีกิจกรรมทางกายเพียงพออย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือใช้กำลังกายอย่างหนักเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 75 นาทีต่อสัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาในภาพรวมของทั้งมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลเพื่อออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของมหาวิทยาลัย รวมทั้ง การสอดแทรกการพัฒนาความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง และการสร้างความสุข

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สำหรับการสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Benevene, P., Ittan, M. M., & Cortini, M. (2018). Self-esteem and happiness as predictors of school teacher's health: The mediating role of job satisfaction. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 933. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00933>
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of educational objectives: Handbook 1, cognitive domain*. Mackay.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem inventories*. Consulting Psychologists Press.
- Kang, S. (2018). Influence of fatigue, health perception, and happiness on health promoting behaviors among general hospital nurses. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society, 19*(8), 456-465. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.8.456>
- Kim, M. Y., & Kim, Y. J. (2018). What causes health promotion behaviors in college? students?. *The Opening Nursing Journal, 12*, Article 106. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010106>
- Lawa, K., Bhungob, W., Getmaro, C., & Chooratna, K. (2019). Health promotion behaviors of students at institute of physical education Chon Buri campus. *Academic Journal Institute of Physical Education, 11*(3), 189-202. (in Thai)
- Leartsakornsiri, M., & Khampunyo, C. (2017). Factors associated with health promoting behaviors of nursing students at Saint Louis College during practice in the health care service. *Naresuan University Journal: Science and Technology, 25*(3), 67-76. (in Thai)
- Liangruenrom, N., Suttikasem, K., Craike, M., Bennie, J. A., Biddle, S. J., & Pedisic, Z. (2018). Physical activity and sedentary behaviour research in Thailand: A systematic scoping review. *BMC Public Health, 18*, Article 733. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5643-y>

- Park, J., Kim, Y. H., Park, S. J., Suh, S., & Lee, H. J. (2016). The relationship between self-esteem and overall health behaviors in Korean adolescents. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 4(1), 175-185. <https://doi.org/10.1080/21642850.2016.1246971>
- Pasunon, P. (2014). Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970): Approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*, 7(2), 112-120. (in Thai)
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and well-being. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Phoemphun, N., Thongbai, W., & Numkham, L. (2016). Effect of a behavior changing program on the health behavior and nutrition of overweight employees in the workplace. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(2), 177-191. (in Thai)
- Purakhom, A., & Kaewmahingsa, Y. (2013). *Health promoting behavior undergraduates students at Kasetsart University, Kamphaengsaen Campus*. Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University. (in Thai)
- Rakpanusit, T., Jeenuang, N., & Khoyneung, N. (2019). Factors related to health promoting behavior among undergraduate university students, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 29(3), 170-178. (in Thai)
- Saravirote, A., & Janyam, K. (2014). Factors influencing health promotion behavior of undergraduate students at Prince of Songkla University, Hat Yai Campus. *Kasetsart Journal of Social Science*, 35(2), 223-234. (in Thai)
- Shaheen, A. M., Nassar, O. S., Amre, H. M., & Hamdan-Mansour, A. M. (2015). Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. *Health*, 7(1), Article 53021. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.71001>
- Sikao, O., Somsuai, O., Tanakwang, S., Khuntieng, P., Todkaew, N., Boonmeprasert, T., Yanuprom, S., Nawatorn, R., Punmai, C., Kaewnunhao, J., Kumsaan, L., Prachumpun, S., & Bureeleard, N. (2016). Health promoting behaviors of nursing students with BMI exceeding standard, Huachiew Chalermprakiet University. *HCU Journal*, 22(43-44), 1-12. (in Thai)

-
- Shuaytong, P., Suphan, B., Sirimongkhon, S., Karuhadej, P., & Cherwanitchakorn, S. (2014). Levels of happiness and self-esteem of the middle adulthood. *Journal of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University*, 1(2), 11-19. (in Thai)
- Wang, F., & Boros, S. (2021). The effect of physical activity on sleep quality: A systematic review. *European Journal of Physiotherapy*, 23(1), 11-18. <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1623314>

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา
เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม
Effect of a Knowledge Management Program on Counseling Behavior Regarding
Breastfeeding among Nursing Students: A Post-pandemic of Coronavirus 2019
Outbreak in Nakhon Pathom Province

ปทุมปวีร์ กิตติกุล¹, ดวงพร ผาสวรรณ^{2*}, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์²

Punpawee Kittikul¹, Duangporn Pasuwan^{2*}, Wanpen Waelveerakub²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: duangporn@webmail.npru.ac.th)

(Received: December 16, 2023; Revised: August 22, 2023; Accepted: August 23, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อระดับพฤติกรรมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่เข้าฝึกปฏิบัติในหน่วยบริการด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความรู้ด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .86 และหาความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัย พบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาหลังทดลอง ($M = 3.63$, $SD = .67$) มากกว่าก่อนทดลอง ($M = 2.72$, $SD = .64$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.93$, $p < .001$)

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระหว่างกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ภายหลังใช้โปรแกรมการจัดการความรู้ ($M = 3.63$, $SD = .67$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.72$, $SD = .64$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.92$, $p < .001$)

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม

Registered Nurse (Professional Level), Department of Outpatient, Nakhon Pathom Hospital

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการความรู้สามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้ และควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการความรู้, พฤติกรรมการให้คำปรึกษา, การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

Abstract

This research was a quasi-experimental study with two groups pre- and post-experiment. The objective of this study was to study the effects of a knowledge management program on the counseling behavior regarding breastfeeding among nursing students in Nakhon Pathom province during the post-pandemic period of the COVID-19 global outbreak. The sample group consisted of 70 nursing students who participated in clinical practice in breastfeeding service units. They were divided into an experimental group and a control group, with 35 students in each group. The research tools used included a knowledge management program on breastfeeding, a general information questionnaire, and a counseling behavior assessment scale. The content validity index was 0.86, and the reliability was determined using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics and statistical paired t-tests and independent t-tests. The research findings revealed that:

1. The nursing students in the experimental group had a significantly higher mean score for counseling behavior after the intervention ($M = 3.63, SD = .67$) compared to before the intervention ($M = 2.72, SD = .64$) ($t = 6.93, p < .001$).
2. The mean score for breastfeeding counseling behavior among the nursing students in the experimental group after using the knowledge management program ($M = 3.63, SD = .67$) was significantly higher than that of the control group ($M = 2.72, SD = .64$) ($t = 6.92, p < .001$).

The findings indicated that the knowledge management program can enhance the counseling behavior regarding breastfeeding among nursing students. It is recommended that continuous learning processes on this topic be organized.

Keywords: Knowledge management, Counseling behavior, Breastfeeding

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในยุคที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เป็นสิ่งที่ท้าทายเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัวเกี่ยวกับการสัมผัสใกล้ชิดกับทารกที่เป็นโรคและไม่ได้เป็นโรค COVID -19 ก่อนการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลสำรวจในปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในช่วงอายุ 0-5 เดือนของโลกอยู่ที่ร้อยละ 38 (United Nations International Children's Emergency Fund, 2014) ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ยังคงมีอัตราที่ต่ำในหลายประเทศ (Salehian & Karimi, 2022) ผลสำรวจของยูนิเซฟในปี พ.ศ.2559 ในประเทศไทยพบว่าทารกช่วงอายุ 0-5 เดือนกินนมมารดาเพียงอย่างเดียวร้อยละ 23.1 (World Breastfeeding Trends Initiative: WBTi, 2019) โดยข้อมูลการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในยุคที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดามีความผันผวน เนื่องจากการหยุดชะงักของบริการด้านสุขภาพและความเครียดที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มมารดา ตัวอย่างเช่น ในบางภูมิภาคพบว่า การเริ่มต้นเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาลดลง เนื่องจากการเข้าถึงบริการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาและบริการด้านสุขภาพถูกจำกัด อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าในบางกรณีระยะเวลาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดากลับเพิ่มขึ้น เนื่องจากรมามีเวลาอยู่บ้านมากขึ้นในที่มีมาตรการปิดเมืองหรือช่วง ล็อกดาวน์ จากการศึกษาที่ทำในประเทศเวลส์ พบว่าอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาสำหรับการให้นมครั้งแรกก่อนการระบาดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 59.9 - 61.9 แต่ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 35.1 - 37.3 ภายใน 10 วัน และประมาณร้อยละ 25.4 - 28.5 ภายใน 6 สัปดาห์ อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวเมื่อถึง 6 เดือนเป็นอัตราที่ต่ำที่สุด โดยมีประมาณร้อยละ 16.6 - 20.6 อย่างไรก็ตาม มีการรายงานว่าในปี 2020 มีอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงการระบาด จากร้อยละ 16.6 ก่อนการระบาดเป็นร้อยละ 20.6 (GOV.WALES: Welsh Government services and information, 2023) สาเหตุของระดับอัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาไม่ได้ตามเป้าหมาย พบว่าเป็นประเด็นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกันของบุคลากรทางการแพทย์ การขาดความรู้ความเข้าใจการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เนื่องจากการให้คำปรึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ดีพอ (Prasitwattanaseree et al., 2019) ทำให้มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเร็วขึ้น หรือตัดสินใจไม่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างจริงจังในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด จนกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลให้การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาไม่ประสบความสำเร็จ (Ministry of Public Health, 2016)

เมื่อบริบทในช่วงหลังจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปลี่ยนแปลงไป บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จนกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้ง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดามีส่วน

สำคัญในการช่วยสนับสนุนให้การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาประสบความสำเร็จ กระบวนการให้คำปรึกษาของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จึงเป็นกระบวนการช่วยเหลือที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ให้การศึกษา เอื้ออำนวยให้ผู้รับคำปรึกษาได้เข้าใจถึงปัญหา และรับรู้ศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง และเรียนรู้จัดการแก้ไข ปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนจิตใจด้วยตนเอง รวมถึงให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้และดำเนินชีวิตได้อย่างมี ประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษาจึงเป็นความหวังของบุคคลโดยเฉพาะผู้มารับคำปรึกษาที่มีปัญหาจะได้ เสริมสร้างพัฒนาบุคคล ช่วยให้ผู้มารับคำปรึกษาสามารถที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและยอมรับความเป็น เอกภาพของบุคคล โดยอาศัยเทคนิคการสื่อสารทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ถึงสาเหตุของปัญหา ใช้ศักยภาพ ของตนเองในการคิดตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง กระบวนการการให้คำปรึกษา มีขั้นตอนและวิธีการ ที่เกี่ยวเนื่องลำดับก่อนและหลัง ซึ่งต้องมีการกำหนดเป้าหมาย การใช้วิธีการศึกษาทางจิตวิทยา การเลือก แนวคิดและทฤษฎีการให้คำปรึกษาว่าควรใช้วิธีการใดและเทคนิคในการให้คำปรึกษา ไม่ว่าจะเป็นการฟังหรือ การพูด และอื่นๆ และขั้นตอนสุดท้ายคือ การประเมินผลการให้คำปรึกษา (Corey, 2023)

การจัดการความรู้ (knowledge management: KM) เป็นการใช้หลักการคิดเชิงระบบ (system thinking) เพื่อบรรลุเป้าหมายของงาน การพัฒนาคน และการพัฒนาองค์กรไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Rubenstein-Montano et al., 2001) กระทรวงสาธารณสุข จึงนำกระบวนการจัดการความรู้มาใช้ เพื่อ พัฒนางานที่เป็นการส่งเสริมการนำความรู้มาใช้ที่เหมาะสมและส่งผลให้ผลงานองค์กรประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันองค์ความรู้และเทคโนโลยีการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดามีการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง รวมทั้งนโยบายในการสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การจัดทำหลักสูตรการพยาบาล สาขาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาศักยภาพของ พยาบาล ให้สามารถทำหน้าที่ปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาทั้งในภาวะปกติ และเจ็บป่วย โดยบูรณาการผลงานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์และนวัตกรรมในการดูแลช่วยเหลือมารดาที่ เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับโรงพยาบาลนครปฐม แม้มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตามกระบวนการ คุณภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ข้อมูลการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในช่วงอายุ 0-5 ปี พบ อัตราการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียวยาว 6 เดือนในปี พ.ศ. 2562-2565 มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง ร้อยละ 37.34, 35.66, 34.67 และ 33.12 ตามลำดับ (Nakhon Pathom Hospital, 2022) ซึ่งยังไม่เป็นไปตาม เป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ร่วมกับการทบทวนการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาของผู้บริหาร ระดับต้นที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมให้คำปรึกษาที่ดี (Kittikul et al., 2021) คณะผู้วิจัยจึงได้มีการดัดแปลงโปรแกรมการจัดการความรู้ เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ ให้มีความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาแก่มารดาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา อันจะเกิดการ ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ภายหลังเข้าโปรแกรมการจัดการความรู้เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์หลักการและแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ เป็นการใช้หลักการคิดเชิงระบบ (Rubenstein-Montano et al., 2001) มาใช้จัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา 2) จัดทำคู่มือการเรียนรู้สำหรับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ผ่านศูนย์การเรียนรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ผ่านสื่อโซเชียล 3) จัดการอบรมแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลา 3 วัน 4) ประเมินความรู้ผ่านแบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในแบบสอบถาม 5) รวบรวมจัดเก็บความรู้เป็นแฟ้มเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเรื่องต่าง ๆ 6) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เฉพาะกลุ่ม (focus group) และ 7) สรุปบทเรียนจากกลุ่มเรื่องการให้คำปรึกษาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตามแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้ โปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ที่สร้างขึ้นส่งผลต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 2) การรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยปัญหา 3) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 4) การให้คำปรึกษา และ 5) การประเมินผลการให้คำปรึกษา (Corey, 2023) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

โปรแกรมการจัดการความรู้ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) ประเมินส่วนขาดของความรู้และรวบรวมความรู้ที่ต้องการ
- 2) สร้างช่องทางการเรียนรู้ที่กำหนดไว้คือสื่อโซเชียล และคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- 3) ส่งเสริมการเรียนรู้เพิ่มเติมที่ศูนย์การเรียนรู้แม่
- 4) ทำการประเมินผลการเรียนรู้ผ่านแบบทดสอบความรู้
- 5) จัดเก็บความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- 6) กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้/เรียนรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เฉพาะกลุ่ม (focus group)
- 7) สรุปบทเรียนการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนม

พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

- การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา
- การรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยปัญหา
- การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
- การให้คำปรึกษา
- การประเมินผลการให้คำปรึกษา

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความรู้ต่อพฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม แบบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest two groups design) ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - ตุลาคม 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่เข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโรงพยาบาลนครปฐม จาก 5 สถาบัน ได้แก่ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม มหาวิทยาลัยคริสเตียน มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช จำนวน 222 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่เข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโรงพยาบาลนครปฐม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) .95 ค่าความเชื่อมั่น (α) .05 และค่าอิทธิพล (effect size) .90 จากงานวิจัยของ Kittikul et al. (2021) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวม 70 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ ขั้นแรกเป็นการสุ่มเลือกสถาบันการศึกษา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยได้มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมเป็นกลุ่มทดลอง และมหาวิทยาลัยคริสเตียนเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยวิธีการจับคู่

(matching) ตามเกรตรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นการลงทะเบียนเรียนในรายวิชาภาคปฏิบัตินี้เป็นครั้งแรก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการจัดการความรู้ด้านการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Kittikul et al. (2021) และตามแนวคิดการจัดการความรู้ (Rubenstein-Montano et al., 2001) 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา 2) จัดทำคู่มือการเรียนรู้สำหรับของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ 3) จัดการอบรมแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 4) ประเมินความรู้ 5) รวบรวมจัดเก็บความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา 6) จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เฉพาะกลุ่ม และ 7) สรุปบทเรียนจากกลุ่มเรื่องการให้คำปรึกษาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาตามแนวคิดกระบวนการจัดการความรู้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วย เพศ อายุปัจจุบัน ชั้นปีที่ศึกษา หน่วยงานที่เข้าฝึกปฏิบัติการพยาบาลการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในโรงพยาบาลนครปฐม ระยะเวลาฝึกปฏิบัติ ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา เรื่อง การเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ของ Kittikul et al. (2021) ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการให้คำปรึกษา (Corey, 2023) จำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's rating scale) 5 ระดับ ระหว่าง น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับจนถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ จำนวน 4 ข้อ การรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 ข้อ การวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ จำนวน 4 ข้อ การปฏิบัติการให้คำปรึกษา จำนวน 5 ข้อ และการประเมินผล จำนวน 4 ข้อ คิดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์พิจารณาความหมายของคะแนนเฉลี่ย ทั้งรายด้านและโดยรวม ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระหว่าง 4.51 - 5.00 คะแนน	หมายถึง ระดับมากที่สุด
ระหว่าง 3.51 - 4.50 คะแนน	หมายถึง ระดับมาก
ระหว่าง 2.51 - 3.50 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
ระหว่าง 1.51 - 2.50 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
ระหว่าง 1.00 - 1.50 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาจาก 3 สถาบัน มีดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity) ภายหลังปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 1.0 นำแบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษา ไปทดลองใช้กับกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ในด้านการกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา การรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การให้คำปรึกษา การประเมินผลการให้คำปรึกษา และโดยรวม เท่ากับ .79, .73, .83, .92, .84 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้บริหารสถาบันการศึกษา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐมที่เป็นพื้นที่ศึกษา ในการขอดำเนินการเก็บข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนทดลอง

ผู้วิจัยได้ประชุมกลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และการทดสอบก่อนการทดลอง (pretest)

2. ระยะทดลอง ดำเนินการจัดการความรู้กับกลุ่มทดลองตามโปรแกรม 7 ขั้นตอน ดังนี้

1) การระบุและกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเนื้อหาที่จำเป็นต้องเรียนรู้ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการให้คำปรึกษาในช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-19 และประเมินความรู้ที่จำเป็นต้องได้รับเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในภาวะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 นักศึกษาพยาบาลได้ทำการประเมินความรู้เบื้องต้นของตนเอง ก่อนที่จะได้รับโปรแกรมการจัดการความรู้ โดยการใช้คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาเกี่ยวกับทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ปัญหาน้ำนมน้อย หัวนมแตก และการอุ้มลูกเข้าเต้าไม่ถูกวิธี เป็นต้น

2) การสร้างและรวบรวมความรู้ โดยนักศึกษาได้รับเนื้อหาในการศึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และปัญหาที่อาจพบในการให้คำปรึกษา โดยเนื้อหานี้ได้มาจากการสังเคราะห์จากงานวิจัยและคู่มือที่ได้รับการรับรองทางวิชาการ และการเรียนรู้ผ่านทางช่องทางโซเชียลมีเดียโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มที่สร้างขึ้นเฉพาะเพื่อการศึกษาในหัวข้อนี้ และแจกคู่มือการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้กับนักศึกษา

3) การจัดเก็บและจัดการความรู้ โดยจัดทำศูนย์การเรียนรู้ออนไลน์ รวบรวมสื่อการสอน บทความวิจัย และข้อมูลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในภาวะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้นักศึกษาสามารถเข้าถึงเนื้อหานี้ได้ตลอดเวลา

4) การกลั่นกรองและประเมินความรู้ ได้รับการกลั่นกรองและประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านนมมารดา เพื่อวิเคราะห์ความถูกต้องและความสอดคล้องกับเนื้อหาวิชาการ

5) การแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ หลังจากการเรียนรู้ในแต่ละช่วง นักศึกษาได้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับ และการแลกเปลี่ยนนี้ถูกบันทึกและเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป

6) การนำความรู้ไปใช้ นักศึกษาได้นำแนวทางปฏิบัติที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง โดยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาแก่ผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการนำความรู้ไปใช้ของนักศึกษาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

7) การบูรณาการความรู้ หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม นักศึกษาได้สรุปองค์ความรู้และสร้างแนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา แนวทางนี้ได้รับการประเมินและรับรองโดยผู้เชี่ยวชาญ และจะถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการให้คำปรึกษาในอนาคต

สำหรับนักศึกษากลุ่มควบคุม ได้รับเอกสารประกอบการเรียนรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาในภาวะหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ให้ศึกษาด้วยตนเอง และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย จะได้รับการชดเชยโดยการเข้าร่วมการบรรยายสรุปพิเศษ ซึ่งจะอธิบายเนื้อหาที่กลุ่มทดลองได้รับ และได้รับหนังสือคู่มือการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาแบบเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. ระยะหลังทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) ได้แบบสอบถามกลับคืนได้ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และระดับการรับรู้พฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที่ ได้แก่ การกระจายปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และความเป็นอิสระระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม หมายเลข COA No. 011/2023 ลงวันที่ 20 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ลงนามเข้าร่วมการวิจัย และการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลวิจัยโดยใช้การแทนค่ารหัส ที่สามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลการวิจัยภายใน 2 ปี หลังจากสิ้นสุดโครงการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.57 ฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงานฝากครรภ์มากที่สุด ร้อยละ 94.29 และหน่วยงานหลังคลอด ร้อยละ 48.57 ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานรวมสูงสุดรวม 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100 ประสพการณ์การฝึกปฏิบัติงานได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมมารดาของโรงพยาบาลนครปฐม ร้อยละ 100 เคยเข้าร่วมกิจกรรมงานอนามัยนมมารดา ร้อยละ 57.14 และไม่ได้เข้าร่วมร้อยละ 42.86 ในขณะที่กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.57 ฝึกปฏิบัติงานที่หน่วยงานหลังคลอด ร้อยละ 100 ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานสูงสุดรวม 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 100 ประสพการณ์การฝึกปฏิบัติงานได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านนมมารดาของโรงพยาบาลนครปฐม ร้อยละ 100 ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมงานอนามัยนมมารดา ร้อยละ 91.43 ผลการวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาโดยรวม ($M = 3.63$, $SD = .67$) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 2.64$, $SD = .79$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.93$, $p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ระดับ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้

ด้าน	ก่อนทดลอง (n = 35)			หลังทดลอง (n = 35)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา	2.77	.80	ปานกลาง	3.52	.69	มาก	5.67***	<.001
การรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยปัญหา	2.55	.72	ปานกลาง	3.69	.68	มาก	4.11***	<.001
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	2.70	.81	ปานกลาง	3.65	.70	มาก	6.09***	<.001
การให้คำปรึกษา	2.81	.82	ปานกลาง	3.72	.54	มาก	5.49***	<.001
การประเมินผลการให้คำปรึกษา	2.67	.83	ปานกลาง	3.58	.72	มาก	6.09***	<.001
โดยรวม	2.64	.79	ปานกลาง	3.63	.67	มาก	6.93***	<.001

*** $p < .001$

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า หลังได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาโดยรวม ($M = 3.63, SD = .67$) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 2.72, SD = .64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.91, p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ระดับ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มควบคุม (n = 35)			t	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
การกำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา	3.52	.69	มาก	2.67	.59	ปานกลาง	1.18***	<.001
การรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยปัญหา	3.69	.68	มาก	2.68	.57	ปานกลาง	1.10***	<.001
การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา	3.65	.70	มาก	2.69	.56	ปานกลาง	6.09***	<.001
การให้คำปรึกษา	3.72	.54	มาก	2.78	.76	ปานกลาง	5.09***	<.001
การประเมินผลการให้คำปรึกษา	3.58	.72	มาก	2.76	.74	ปานกลาง	7.18***	<.001
โดยรวม	3.63	.67	มาก	2.72	.64	ปานกลาง	6.91***	<.001

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ผลการวิจัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีหลักการสำคัญคือ ให้มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่แยกมารดาและทารกจากกัน (Chamberlain, 2017) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโควิด-19 ที่มีผลต่อการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา โดยให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัว เพื่อประกอบการตัดสินใจ และเคารพการตัดสินใจของครอบครัว ตามลำดับขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา (Amatya et al., 2020) นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลมารดาในระยะหลังคลอดและทารกแรกเกิดควรเปิดโอกาสให้ มารดาและทารกได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพ โดยให้การสัมผัสทางผิวหนัง (skin-to skin contact) และให้อยู่ใกล้ชิดกัน (room-in) ถึงแม้ว่ามารดาหรือทารกสงสัยว่ามีการติดเชื้อ

หรือมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาหลังคลอดขณะที่เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และควรเลือกแนวทางให้น้ำนมที่มีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อทารก เช่น การบีบเก็บน้ำนมหรือการปั๊มนม การเลี้ยงทารกด้วยนมบริจาค หรือการดูแลให้ทารกได้รับน้ำนมมารดาจากการดัดหลังคลอดรายอื่น (World Health Organization, 2020) การส่งเสริมพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์โดยใช้โปรแกรมการจัดการความรู้นั้นสามารถเพิ่มพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ได้เพิ่มมากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะการให้คำปรึกษาด้วยแนวทางพัฒนาผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูลในการให้คำปรึกษาที่รวมความรู้ด้านทฤษฎี และกระบวนการให้คำปรึกษา ทักษะในการช่วยเหลือและการมีเจตคติที่ดีของผู้ในกลุ่มที่มีต่อการให้คำปรึกษา (Trotzer, 2013)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐมระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความรู้เรื่องการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการใช้แนวคิดการจัดการความรู้นำมาจัดทำโปรแกรมการจัดการความรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการให้คำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาศัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยสภากาชาดไทย พบว่า ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทักษะและสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างถูกต้องและครบถ้วน (Wongphinit & Apartsakun, 2020)

นอกจากนี้ กระบวนการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน (Rubenstein-Montano et al., 2001) เป็นการผสมผสานระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพื้นฐานโดยอาศัยข้อมูลและการตั้งคำถามที่เหมาะสม การวิเคราะห์ข้อมูลแบบวิจัญัย (descriptive) เจาะลึกและกรองข้อมูล เพื่อค้นหาสาเหตุและลักษณะของสิ่งที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์แบบแนะนำ (prescriptive) เข้าด้วยกันและนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ช่วงหลังของการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนครปฐมของโคเรย์ (Corey, 2023) ส่งผลให้นักศึกษามีความมั่นใจและแสดงพฤติกรรมการให้คำปรึกษาที่ส่งเสริมการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาแก่มารดาและครอบครัว เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา การให้ความรู้ คำปรึกษา และสนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้แก่มารดาและครอบครัวให้ความช่วยเหลือมารดาให้ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกตั้งแต่วัยเริ่มต้น และเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาได้ยาวนาน รวมทั้ง การแก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของ Lubbe et al. (2022) พบว่า สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา ซึ่งสามารถทำได้ในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์ (Black et al., 2020) หรือแบบกลุ่ม (Kim et al.,

2024) ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี สามารถนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาให้เหมาะสม ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไปและความต้องการของผู้รับคำปรึกษา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การที่กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์จากคนละสถาบัน อาจมีความแตกต่างกันในบริบทของการจัดการเรียนรู้ สภาพแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

นำกระบวนการจัดการความรู้ ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ตลอดจนการจัดหาช่องทางในการแลกเปลี่ยนความรู้ที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมประสบการณ์ในการจัดการความรู้ที่ยั่งยืนและนำไปใช้เมื่อสำเร็จการศึกษาและไปปฏิบัติงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และทำนายพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านการให้คำปรึกษาในประเด็นการพยาบาลอื่น เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Aldalili, A. Y. A., & El.Mahalli, A. A. (2021). Factors associated with exclusive breastfeeding cessation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 239–246. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S277819>
- Amatya, S., Corr, T. E., Gandhi, C. K., Glass, K. M., Kresch, M. J., Mjtsce, D. J., Oji-Mmuo, C. N., Mola, S. J., Murray, Y. L., Palmer, T. W., Singh, M., Fricchione, A., Arnold, J., Prentice, D., Bridgeman, C. R., Smith, B. M., Gavigan, P. J., Ericson, J. E., Miller, J. R., ... & Kaiser, J. R. (2020). Management of newborns exposed to mothers with confirmed or suspected COVID-19. *Journal of Perinatology*, 40, 987-996. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0695-0>
- Black, R., McLaughlin, M., & Giles, M. (2020). Women's experiences of breastfeeding support via social media and its impact on long-term breastfeeding success: A social and cognitive perspective. *British Journal of Health Psychology*, 25(3), 754–771. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12451>
- Rubenstein-Montano, B., Liebowitz, J., Buchwalter, J., McCaw, D., Newman, B., & Rebeck, K. (2001). A systems thinking framework for knowledge management. *Decision Support Systems*, 31(1), 5-16. [https://doi.org/10.1016/S0167-9236\(00\)00116-0](https://doi.org/10.1016/S0167-9236(00)00116-0)

- Chamberlain, D. B. (2017). *Family-centered maternity care*. Jones & Bartlett Learning.
- Corey, G. (2023). *Theory & practice of group counseling* (10th ed.). Cengage.
- Kim, E. S., Min, H. G., Lee, J. Y., Lee, J. Y., & Yi, Y. H. (2024). Development of a protocol for the direct breastfeeding of premature infants in neonatal intensive care units. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 38(1), 73-87. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000791>
- GOV.WALES: Welsh Government services and information. (2023). *Statistics breastfeeding data: 2022 data includes breastfeeding status at birth, 10 days, 6 to 8 weeks, and 6 months by local health board for 2022*. <https://www.gov.wales/breastfeeding-data-2022-html>
- Kittikul, P., Singchangchai, P., & Aree, P. (2021). Effects of a knowledge management program on breastfeeding counseling behavior of first-level administrators at a tertiary hospital. *Journal of Nursing and Education*, 14(3), 47-60. (in Thai)
- Lubbe, W., Niela-Vilén, H., Thomson, G., & Botha, E. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on breastfeeding support services and women's experiences of breastfeeding: A review. *International Journal of Women's Health*, 14, 1447-1457. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S342754>
- Ministry of Public Health. (2016). *Benefits of breastfeeding, BPR operational strategy in 2016-2017*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nakhon Pathom Hospital. (2022). *Annual statistics report 2019-2022*. Nakhon Pathom Hospital. (in Thai)
- Prasitwattanaseree, P., Sinsuksai, N., Prasopkittikun, T., & Viwatwongkasem, C. (2019). Effectiveness of breastfeeding skills training and support program among first time mothers: A randomized control trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 258-270.
- Salehian, M., & Karimi, F. Z. (2022). A critical appraisal of published randomized controlled trials examining the effects of counseling and educational interventions on exclusive breastfeeding. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 10(2), 3186-3197. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.62648.1779>
- Ngoenthong, P., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2015). Education provision on breastfeeding among adolescent mothers: A systematic review. *Nursing Journal*, 42(Suppl November), 57-68. (in Thai)

- Ridley, C. R., Mollen, D., & Kelly, S. M. (2011). Counseling competence: Application and implications of a model. *The Counseling Psychologist*, 39(6), 865-886. <https://doi.org/10.1177/0011000010378443>
- Trotzer, J. P. (2013). *Counselor and the group: Integrating theory, training, and practice*. Taylor & Francis.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2014). *Global nutrition report 2014: Actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition*. UNICEF.
- Wongphinit, U., & Apartsakun, P. (2020). The relationship of knowledge, attitude, and practice for breastfeeding promotion among nursing students, The Thai Red Cross College of Nursing. *The Thai Red Cross College of Nursing*, 11(1), 68-84. (in Thai)
- World Breastfeeding Trends Initiative: WBTi. (2019). *WBTi report: The status of breastfeeding in countries worldwide*. World Breastfeeding Trends Initiative.
- World Health Organization. (2020). *Infant feeding in the context of COVID-19: Guidance for health professionals*. World Health Organization.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม
การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์แรก

The Effect of a Health Literacy Promotion Program Using LINE Application
on the Behavior of Preventing Preterm Labor in Primigravida

เสาวนีย์ อินทรเนตร¹, รพีพรรณ นาคบุบผา^{2*}

Sawwanee Intaranate¹, Rapeepan Narkbubpha^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rapeepan@pckpb.ac.th; โทรศัพท์ 062-5651457)

(Received: July 29, 2024; Revised: August 21, 2024; Accepted: August 24, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 24-34 สัปดาห์ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .97 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 3.05, 2.99; p < .01$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถนำไปใช้เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, แอปพลิเคชันไลน์, สตรีตั้งครรภ์แรก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชะอำ

Registered Nurse (Professional level), Cha-am Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

Ministry of Public health

Abstract

This quasi-experimental research, two-group pretest-posttest design aimed to examine the effectiveness of a health literacy promotion program using LINE application on preterm labor prevention behaviors among primigravida. A sample of 50 primigravida, 24-34 weeks of gestation was randomly assigned to the experimental group ($n = 25$), which received the health literacy promotion program via the LINE application and the control group ($n = 25$). Data were collected using a preterm labor prevention behavior questionnaire, which demonstrated content validity at .97 and Cronbach's alpha reliability at .77. Data analysis was conducted using descriptive statistics and t-tests.

The experimental group exhibited statistically significant higher preterm labor prevention behaviors after participating in the program compared to the control group, and showed significant improvement in preterm labor prevention behaviors from before to after the program ($t = 3.05, 2.99; p < .01$).

The health literacy promotion program using the LINE application effectively enhances preterm labor prevention behaviors among primigravida women. This program has potential applications in reducing the incidence of preterm births.

Keywords: Health literacy, Preterm birth prevention, Line application, Primigravida

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (preterm labor) เป็นภาวะเจ็บครรภ์คลอดที่เกิดในช่วงอายุครรภ์ก่อน 37 สัปดาห์ (World Health Organization: WHO, 2023) ในปี พ.ศ. 2563 มีทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 13.4 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 9.90 ซึ่งหมายความว่ามีการคลอดก่อนกำหนด 1 รายในทารกที่คลอดทั้งหมดทุก ๆ 10 ราย ส่งผลให้มีทารกคลอดก่อนกำหนดเสียชีวิตในช่วง 5 ขวบปีแรก จากข้อมูลในปีต่อมาพบสูงถึง 1 ล้านราย (Hfocus, 2023) สำหรับประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีรายงานสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.42 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลกระทบต่อมารดา ซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลในช่วงก่อนคลอด และต่อทารกที่รอดชีวิต มีโอกาสเกิดความพิการและมีปัญหาการเรียนรู้ รวมทั้ง การเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะสั้นและระยะยาวมากกว่าทารกที่คลอดครบกำหนด ได้แก่ ระบบประสาทที่ผิดปกติ (cerebral palsy, sensory deficit) ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การได้ยิน และการมองเห็น (Mitha et al., 2024) ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของทารกและมารดาลดลง และการสูญเสียทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย (Cunningham et al., 2018) ทั้งปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม (Gete et al., 2020) การสูบบุหรี่

หรือได้รับควันบุหรี่มือสอง (Rang et al., 2020) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Sbrana et al., 2016) การยืนนาน การทำงานหนัก (Corchero-Falcón et al., 2023) ความเครียด (Lilliecreutz et al., 2016) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หรือในทางเดินปัสสาวะ (Stylianou-Riga et al., 2018) พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยลดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การรับประทานอาหาร ควรได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง และมีวิตามินหลากหลาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง (Gete et al., 2020) และอาหารที่ปนเปื้อน แบคทีเรีย การจัดการความเครียด การพักผ่อน ควรนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง (Okun et al., 2011) หลีกเลี่ยงการยืนนานต่อเนื่องมากกว่า 4 ชั่วโมงและการทำงานหนัก (Palmer et al., 2013) 4) การป้องกันการติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ (Stylianou-Riga et al., 2018) เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส จะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน มีการหลั่งสารโปรสตาแกลนดิน ส่งผลให้เกิดการหดตัวของมดลูก (Cunningham et al., 2018) การป้องกันสารพิษ เช่น สารเคมี สารที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ คราบน้ำมัน และควันบุหรี่มือสอง (Kelly et al., 2013) และการสังเกตอาการผิดปกติ และมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที (Putcharoen et al., 2023) หากสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ จึงได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เพียงพอที่จะสามารถดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ การประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อตัดสินใจในชีวิตประจำวันและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งมี 6 ทักษะที่สำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (cognitive skill) 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communications skill) 4) การตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) (Nutbeam, 2008) บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีอาการเจ็บป่วยในระยะรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า และทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพแย่ลง (Aljassim & Ostini, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสตรีตั้งครรภ์ หากมีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ จะทำให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสุขภาพะที่ดีทั้งด้านจิตสังคม และทางกาย ส่งผลให้มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (Techasaksri et al., 2017) และการมีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์ (Nawabi et al., 2021) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด จะช่วยลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2564 – 2566 พบจำนวน 73, 75 และ 102 ราย ตามลำดับ (Cha-Am Hospital, Phetchaburi Province, 2024) จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน ร่วมกับผลลัพธ์ที่ดีของการจัดโปรแกรม

เพื่อสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาสื่อที่เรียนรู้ได้ง่ายและสะดวก (Siriviboonlit, 2023) ซึ่งในปัจจุบันมีสื่อหลายรูปแบบ ให้สามารถใช้ได้บนอุปกรณ์สื่อสารแบบพกพา เช่น สมาร์ทโฟน และแท็บเล็ต เป็นต้น ให้มีความสะดวกรวดเร็วต่อการใช้งาน ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้และปรับข้อมูลให้มีความทันสมัยได้ตลอดเวลา (Rea et al., 2022) การจัดทำโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีภาพประกอบที่มีสีสัน มีการเคลื่อนไหว มีข้อความที่ดึงดูดความสนใจ อ่านได้ทุกที่ ทุกเวลา สามารถโต้ตอบกับพยาบาลได้ตลอดเวลา และไม่ต้องกลัวสูญหาย จึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถแปลข้อมูลสุขภาพทั่วไป ให้เป็นพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของตนเองได้ (Meldgaard et al., 2022) คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครอบคลุมทักษะการค้นหาเพื่อเข้าถึง รู้และเข้าใจ สื่อสารให้ชัด ตัดสินใจ คิดใคร่ครวญ จัดการได้ ไม่ใช่เรื่องยาก และเชื่อก่อนเชื่อ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์แรกกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 6 ทักษะ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (cognitive skill) 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communications skill) 4) การตัดสินใจ (decision skill) 5) การจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) (Nutbeam, 2008) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์

- การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill): โมดูล 1 “ค้นหา เพื่อเข้าถึง”
- ความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ (cognitive skill): โมดูล 2 “รู้และเข้าใจ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”
- การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communications skill): โมดูล 3 “สื่อสารให้ ชัด ช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”
- การตัดสินใจ (decision skill): โมดูล 4 “ตัดสินใจ คิดใคร่ครวญ”
- การจัดการตนเอง (self-management skill): โมดูล 5 “จัดการได้ ไม่ใช่ เรื่องยาก”
- การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill): โมดูล 6 “เช็คก่อนเชื่อ เพื่อ ความถูกต้อง”

พฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

- การรับประทานอาหาร
- การจัดการความเครียด
- การพักผ่อน
- การป้องกันการติดเชื้อ
- การป้องกันอันตราย/ สารพิษ
- การสังเกตอาการผิดปกติ

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อ พฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์แรก

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (two-group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์แรก อายุ 18-35 ปี มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-34 สัปดาห์ และ เข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์แรก อายุ 18-35 ปี มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-34 สัปดาห์ และเข้ารับการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของจังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรม G*Power (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติ Mean: difference between two independence means (two groups) กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างหาได้ยาก (Cohen, 1988 อ้างถึงใน Thato, 2018) ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched – pair method) ตาม อายุมารดา และอายุครรภ์ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่เป็นเหตุให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เช่น ครรภ์แฝด เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง

ถูกน้ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น 2) อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนพร้อมสัญญาณอินเทอร์เน็ต และ 4) สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ สตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนด เนื่องจากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ที่มีรูปแบบการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) คลิปวิดีโอ 2) ภาพเคลื่อนไหว (animation) 3) เอกสารความรู้ 4) แบบประเมินผ่าน Google form และ 5) กล้องข้อความถามตอบ เพื่อซักถามปัญหาข้อสงสัย

- แผ่นพับความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ Putcharoen et al (2023)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีครรภ์แรก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โดยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ Putcharoen et al (2023) จำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ การพักผ่อน จำนวน 4 ข้อ การป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ การป้องกันอันตราย จำนวน 5 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และเชิงลบ 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนระหว่าง 4 ถึง 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนระหว่าง 1 ถึง 4 คะแนน คัดคะแนนรวมระหว่าง 26-104 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกคะแนน ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Bloom, 1971)

ต่ำกว่า 31.99 คะแนน (ต่ำกว่า ร้อยละ 30.00) หมายถึง ระดับไม่ดี

ระหว่าง 31.20-51.99 คะแนน (ร้อยละ 30.00-49.99) หมายถึง ระดับค่อนข้างไม่ดี

ระหว่าง 52.00-72.79 คะแนน (ร้อยละ 50.00-69.99) หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 72.80-93.59 คะแนน (ร้อยละ 70.00-89.99) หมายถึง ระดับค่อนข้างดี

มากกว่า 93.60 คะแนน (มากกว่า ร้อยละ 90.00) หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผู้วิจัยบันทึกครั้งแรกเมื่อเริ่มเก็บข้อมูล และครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ได้แก่ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อน ความผิดปกติ และปัญหาในระหว่างตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์หรือห้องคลอด 1

ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยด้านเทคโนโลยี/การสร้างโปรแกรม 1 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของโปรแกรม มีค่า CVI เท่ากับ .90 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มีค่า CVI เท่ากับ .97 นำไปทดลองใช้ในในสตรีตั้งครรภ์แรก ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านลาดและท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .77

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกฝากครรภ์ เพื่อขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย

1.2 สืบค้นข้อมูลการฝากครรภ์จากเวชระเบียนเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์แรกตามวันที่แพทย์นัดหมายมาฝากครรภ์ในแต่ละสัปดาห์ โดยคณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด จากนั้นให้ตัดสินใจด้วยตนเอง ผ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล ประกอบการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และสามารถถอนตัวได้ตลอดการวิจัยโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลในระยะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัย และทำการตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest)

2. ระยะทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนเป็นรายบุคคลต่อเนื่องรายละ 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุม ได้รับแผ่นพับเรื่อง อาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การพักผ่อน การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตราย/สารพิษ และการสังเกตอาการผิดปกติ และเข้าไลน์กลุ่ม เพื่อติดตามการใช้แผ่นพับ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ปัญหาอุปสรรคและความต้องการช่วยเหลือเพิ่มเติม และประเมินโดยตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest)

2.2 กลุ่มทดลอง ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 เข้าไลน์กลุ่ม และใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ “Prevent preterm” ประกอบด้วยแผนกิจกรรมการเรียนรู้ 6 โมดูล ดังนี้

- โมดูล 1 “ค้นหา เพื่อเข้าถึง” พัฒนาทักษะโดยใช้เทคนิคการค้นหาข้อมูล กลั่นกรองข้อมูล และตรวจสอบข้อมูล โดยการชมภาพเคลื่อนไหว (animation) เรื่อง การเข้าถึง ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ระยะเวลา 1.25 นาที และใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (show-me) โดยให้ตอบคำถามในรูปแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 2 ข้อ

- โมดูล 2 “รู้และเข้าใจ เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” พัฒนาทักษะโดยให้ความรู้ผ่านการชมภาพเคลื่อนไหว เรื่อง อาการนำของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหาร 2) ด้านการจัดการความเครียด 3) ด้านการพักผ่อน 4) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ 5) ด้านการป้องกันอันตราย/สารพิษ และ 6) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ระยะเวลา 5.44 นาที และใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ และให้ตอบคำถามในแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 4 ข้อ

- โมดูล 3 “สื่อสารให้ชัด ช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” พัฒนาทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ โดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับจากแผนการเรียนรู้ที่ 2 และให้ตอบคำถามในแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 3 ข้อ

- โมดูล 4 “ตัดสินใจ คิดใคร่ครวญ” พัฒนาทักษะการตัดสินใจในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำมาปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาทักษะผ่านการชมภาพเคลื่อนไหว แสดงตัวอย่างสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ เรื่อง การรับประทานอาหาร และการป้องกันการติดเชื้อ ระยะเวลา 1 นาที และใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (show-me) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษา และตอบคำถามในแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 3 ข้อ

- โมดูล 5 “จัดการได้ ไม่ใช่เรื่องยาก” พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด พัฒนาทักษะผ่านการชมภาพเคลื่อนไหว แสดงตัวอย่างสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องจัดการตนเอง เรื่อง การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ มีอาการเจ็บครรภ์มากกว่าปกติ ระยะเวลา 1.30 นาที และใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษา และตอบคำถามในแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 3 ข้อ

- โมดูล 6 “เช็กก่อนเชื่อ เพื่อความถูกต้อง” พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พัฒนาทักษะผ่านการชมภาพเคลื่อนไหว สาธิตการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เรื่อง “การดูแลขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด” ระยะเวลา 1.30 นาที ใช้เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูภาพแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และตอบคำถามในแบบประเมินผ่าน Google form จำนวน 6 ข้อ

2.2.2 หากมีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หรืออาการผิดปกติ ให้แจ้งผู้วิจัยทางไลน์ หรือทางโทรศัพท์ และติดตามการเข้าแอปพลิเคชันไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.2.3 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม 3 สัปดาห์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) และเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมใช้แอปพลิเคชันตามความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และคะแนนจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างกันข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบไคแสแควร์ (Chi-square test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ระหว่างระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์ และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBCE No 15/2567 วันที่ 25 เมษายน 2567 ข้อมูลได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 44.00 อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ ร้อยละ 68.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 96.00 การศึกษาในระดับมัธยมหรือต่ำกว่า ร้อยละ 76.00 ในขณะที่กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 48.00 มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ ร้อยละ 64.00 มีคู่สมรส ร้อยละ 92.00 และมีการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 52.00 ผลการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่าง กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มควบคุม (n= 25)		กลุ่มทดลอง (n= 25)		χ^2 / Fisher's exact	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					5.37	.07
น้อยกว่า 20 ปี	10	40.00	12	48.00		
21 – 25 ปี	11	44.00	4	16.00		
มากกว่า 26	4	16.00	9	36.00		
อายุครรภ์					.14	.92
24-28 สัปดาห์	17	68.00	16	64.00		
29-32 สัปดาห์	4	16.00	5	20.00		
33-36 สัปดาห์	4	16.00	4	16.00		
สถานภาพสมรส					< .01	1.00
มีคู่สมรส	24	96.00	23	92.00		
ไม่มีคู่สมรส	1	4.00	2	8.00		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มควบคุม (n= 25)		กลุ่มทดลอง (n= 25)		χ^2 / Fisher's exact	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา					2.87	.24
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	19	76.00	14	52.00		
อนุปริญญา	4	16.00	5	20.00		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	8.00	6	24.00		

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมสตรีตั้งครรภ์แรก มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ระดับค่อนข้างดี เท่ากับ 74.04 คะแนน ($SD = 5.48$) และหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนระดับค่อนข้างดี 78.88 คะแนน ($SD = 7.53$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -4.84, p < .01$) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองในด้านการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตราย/สารพิษ และการสังเกตอาการผิดปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($t = 3.36, 3.27, 4.11, p < .01$) ยกเว้นในด้านการพักผ่อน การจัดการความเครียด และการรับประทานอาหาร พบว่าไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์

ด้าน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	p-value
	(n = 25)		(n = 25)				
	M	SD	M	SD			
การรับประทานอาหาร	13.08	2.02	13.44	1.98	-.36	.73	.47
การจัดการความเครียด	13.84	1.65	14.08	1.93	-.24	.56	.58
การพักผ่อน	11.28	1.67	12.00	1.67	-.72	1.60	.12
การป้องกันการติดเชื้อ	10.60	1.64	11.76	1.81	-1.16	3.36**	< .01
การป้องกันอันตราย/สารพิษ	15.20	1.58	16.44	1.64	-1.24	3.27**	< .01
การสังเกตอาการผิดปกติ	10.04	1.31	11.16	1.23	-1.12	4.11**	< .01
โดยรวม	74.04	5.48	78.88	7.53	-4.84	3.05**	< .01

** $p < .01$

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับค่อนข้างดี

เท่ากับ 73.36 คะแนน ($SD = 5.37$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเท่ากับ 78.88 คะแนน ($SD = 7.53$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.99, p < .01$) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การป้องกันการติดเชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ ($t = 2.46, 2.31, 2.68, 4.33$ ตามลำดับ) ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด และการป้องกันอันตราย/ สารพิษ พบว่าไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุม

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		Mean difference	t	p-value
	M	SD	M	SD			
การรับประทานอาหาร	13.44	1.98	12.12	1.81	1.32	2.46*	.02
การจัดการความเครียด	14.08	1.93	13.48	1.98	.60	1.08	.28
การพักผ่อน	12.00	1.80	10.88	1.62	1.12	2.31*	.02
การป้องกันการติดเชื้อ	11.76	1.81	10.48	1.56	1.28	2.68**	< .01
การป้องกันอันตราย/สารพิษ	16.44	1.64	16.08	1.63	.36	.78	.44
การสังเกตอาการผิดปกติ	11.16	1.03	9.92	.10	1.24	4.33**	< .01
โดยรวม	78.88	7.53	73.36	5.37	5.52	2.99**	< .01

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

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า และกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนระดับพฤติกรรมสูงขึ้น และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันอันตราย/สารพิษ และการสังเกตอาการผิดปกติ แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cunningham et al. (2018) ที่พบว่า การติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสจะไปกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการหลั่งสารพรอสตาแกรนดิน และกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกได้ และการศึกษาของ Kelly et al. (2013) ที่พบว่า การป้องกันอันตราย/สารพิษ การหลีกเลี่ยงสารเคมีที่เกิดจากการเผาไหม้ เช่น คาร์บอนมอนอกไซด์ คราบน้ำมัน และควันบุหรี่มือสอง ช่วยป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ รวมทั้ง การศึกษาของ Toontham and Supathaweewat (2023) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด คือ มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้น การสังเกตอาการผิดปกติ หากมีอาการนำที่แสดงถึงการเจ็บครรภ์ เช่น มีอาการ

ปวดท้องน้อยบริเวณอุ้งเชิงกราน ปวดถ่วงในช่องคลอด มีน้ำเดิน ควรมาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ
อย่างไรก็ตาม ยังพบรายด้านที่ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ได้แก่ การพักผ่อน การจัดการความเครียด
และการรับประทานอาหาร พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ อาจเป็น
สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ดังผลการศึกษาค้างนี้ ที่พบว่าหลังได้รับ
โปรแกรมแล้วหญิงตั้งครรภ์ยังคงมีคะแนนพฤติกรรมในบางรายชื่อ เช่น ฉันทัน หรือยืน ในท่าเดิมติดต่อกัน
เป็นเวลานาน เมื่อรู้สึกเครียด ไม่รู้ว่าจะผ่อนคลายอย่างไร และมีการรับประทานของหมักดอง พฤติกรรม
เหล่านี้ มีผลทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ (Lilliecreutz et al., 2016; Gete et al., 2020;
Corchero-Falcón et al., 2023)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของสตรี
ตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์
และกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าเป็นผลมาจาก
กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดความรู้
ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ทักษะ (Nutbeam, 2008) พัฒนาทักษะโดยผ่านการชมภาพเคลื่อนไหว ใช้เทคนิคการ
แสดงเพื่อให้ตรวจสอบ ใช้สื่อแสดงตัวอย่างสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องตัดสินใจ วิเคราะห์กรณีศึกษา และ
ตอบคำถามในแบบประเมิน รวมทั้ง มีการติดตามสอบถามการเข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ครั้ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewnguen et al (2022) ที่พบว่าโปรแกรมการสอนผู้ป่วยผ่านทาง
แอปพลิเคชันไลน์ สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ และ
แนวคิดของ Nutbeam (2008) เกี่ยวกับการมีความรอบรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษาจะ
ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของวิธีการรักษาการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือการ
หลีกเลี่ยงกิจกรรมบางประการเพื่อจะช่วยให้อาการของโรคสงบลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์นำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ไป
ประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลแก่กับสตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็น
การเพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลผดุงครรภ์ และการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและ
ผู้รับบริการให้สะดวก รวดเร็วขึ้น และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อ
พฤติกรรมการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เป็นขนาดใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient education and counseling*, 103(10), 2142–2154. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw–Hill.
- Cha-Am Hospital, Phetchaburi Province. (2024). *Preterm labor without delivery statistics 2021-2023*. Cha-Am Hospital, Phetchaburi Province.
- Corchero-Falcón, M. D. R., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Camacho-Vega, J. C., Corchero-Falcon, M. D. R., Gomez-Salgado, J., Garcia-Iglesias, J. J., Camacho-Vega, J. C., Fagundo-Rivera, J., & Carrasco-Gonzalez, A. M. (2023). Risk factors for working pregnant women and potential adverse consequences of exposure: A systematic review. *International Journal of Public Health*, 68, Article 1605655. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1605655>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, S. J., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). McGraw-Hill.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007) G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Gete, D. G., Waller, M., & Mishra, G. D. (2020). Prepregnancy dietary patterns and risk of preterm birth and low birth weight: Findings from the Australian longitudinal study on women’s health. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(5), 1048-1058. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa057>
- Hfocus. (2023, 17 November). *The Department of Health revealed information on premature birth, recommending early prenatal care to reduce the risk of baby death*. <https://www.hfocus.org/content/2023/11/28969>
- Kaewnguen, N., Visudhtibhan, P. J., & Visudhtibhan, A. (2022). Effects of an epilepsy control program via the LIINE application on health literacy and health behavior in patients with epilepsy. *Nursing Research and Innovation Journal*, 28(1), 109–126. (in Thai)
- Kelly, K., Marie, S., & John, D. (2013). Environmental contaminant exposures and preterm birth: A comprehensive review. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 16(2), 69-113. <https://doi.org/10.1080/10937404.2013.775048>

- Lilliecreutz, C., Larén, J., Sydsjö, G., & Josefsson, A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, Article 5. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0775-x>
- Siriviboonlit, M. (2023). The development of a model for building health literacy skills in preventing preterm birth of pregnant women receiving antenatal services, King Narai Maharaj Hospital. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(2), 371-382. (in Thai)
- Meldgaard, M., Jensen, A. L., Johansen, A. D., Maimburg, R. D., & Maindal, H. T. (2022). Health literacy and behaviour among pregnant women with obesity: A qualitative interpretive description study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, Article 712. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-902710/v1>
- Mitha, A., Chen, R., Razaz, N., Johansson, S., Stephansson, O., Altman, M., & Bolk, J. (2024). Neurological development in children born moderately or late preterm: National cohort study. *BMJ*, 384, Article 075630. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075630>
- Nawabi, F., Krebs, F., Vennedey, V., Shukri, A., Lorenz, L., & Stock, S. (2021). Health literacy in pregnant women: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), Article 3847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073847>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Okun, M. L., Schetter, C. D., & Glynn, L. M. (2011). Poor sleep quality is associated with preterm birth. *Sleep*, 34(11), 1493-1498. <https://doi.org/10.5665/sleep.1384>
- Palmer, K. T., Bonzini, M., Harris, E. C., Linaker, C., & Bonde, J. P. (2013). Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia: An updated review with meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(4), 213-222. <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101032>
- Putcharoen, M., Siriarunrat, S., & Supasri, P. (2023). The Effect of empowerment program using the LINE application on health behaviors and recurrence of preterm labor in women with preterm labor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 31(3), 1-12. (in Thai)
- Rang, N. N., Hien, T. Q., Chanh, T. Q., & Thuyen, T. K. (2020). Preterm birth and secondhand smoking during pregnancy: A case-control study from Vietnam. *PLOS ONE*, 15(10), Article 0240289. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240289>

- Rea, S., Zynda, A., Allison, B., & Tolleson-Rinehart, S. (2022). Adolescent perceptions of technology-based sexual and reproductive health services: A systematic review. *Journal of Adolescent Health, 71*(5), 533-544. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.05.012>
- Sbrana, M., Grandi, C., Brazan, M., Junquera, N., Nascimento, M. S., Barbieri, M. A., Bettiol, H., & Cardoso, V. C. (2016). Alcohol consumption during pregnancy and perinatal results: A cohort study. *Sao Paulo Medical Journal, 134*(2), 146-152. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2015.02040211>
- Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P., Rigas, A., Papadouri, T., Yiallourous, P. K., & Theodorou, M. (2018). Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: A case-control study. *Reproductive Health, 15*, Article 157. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
- Techasaksri, T., Siriarunrat, P., Supasri, P., Supaseemanon, W., Boonnetr, N., & Kwannetr, C. (2017). A Causal Model of Quality of Life in Pregnant Women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 28-46. (in Thai)
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (4th ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Toontham, K., & Supathaweewat, S. (2023). Factors associated with preterm birth, accuracy rate and coverage rate of the clinical guideline of preterm labor and success rate in preterm uterine contraction inhibition in Mahasarakham Hospital. *Mahasarakham Hospital Journal, 20*(2), 75-88. (in Thai)
- World Health Organization: WHO. (2023). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทพยาบาลกับการสื่อสารด้านสุขภาพ

เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

The Role of Nurses in Health Communication to Promote Community Participation in Early Childhood Health Promotion

ณัฐยา เชิงฉลาด ชูพรหม^{1*}, ทศนีย์ ตรีศายลักษ์¹,

ณัฐยานันท์ อังคประเสริฐกุล², วาริณีญ์ แสนยศ²

Nattaya Chergchalard Chooprom^{1*}, Thasane Trisayaluk¹,

Nuttaya Angkprasertkul², Vatinee Sanyod²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nattaya.cc.work@gmail.com)

(Received: May 15, 2024; Revised: July 31, 2024; Accepted: August 10, 2024)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ทักษะสื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการวางรากฐานสำหรับการพัฒนาให้เด็กเติบโตอย่างมีคุณภาพ เป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าเป็นพลเมืองคุณภาพของประเทศไทย สอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2566-2569 ที่มีเป้าหมายให้เด็กและเยาวชนได้รับโอกาสและการพัฒนาศักยภาพอย่างเต็มที่ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพัฒนาการ เนื่องจากการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยส่งผลต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

ปัญหาสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พบบ่อย ได้แก่ พัฒนาการล่าช้า ภาวะทุพโภชนาการ ปัญหาฟันผุ โรคติดต่อ และด้านความปลอดภัยและการได้รับอุบัติเหตุ การดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครอบครัวและชุมชนในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการใช้การสื่อสารด้านสุขภาพตามบริบทของชุมชน ตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตของชุมชนเป็นเครื่องมือ กลไก และสื่อกลางในการนำข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยไปสู่ครอบครัวและชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจ เกิดความร่วมมือ และเกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ต่อไป

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

คำสำคัญ: การสื่อสารด้านสุขภาพ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การสร้างเสริมสุขภาพ, เด็กปฐมวัย

Abstract

This academic article aims to use health communication skills to promote family and community participation in promoting early childhood health. Promoting for the health of the children in their early childhood days is an important starting point in laying the foundation for quality development of children. Being a valuable resource as a quality citizen of Thailand in line with the National Child and Youth Development Plan No. 3, 2023-2016, which has the main goal of children and youth being given opportunities on developing their full potential physically and mentally through promoting growth and development affects their growth to be a better adult.

There are common health problems of children in their early childhood including: a problem of delayed development, malnutrition, tooth decay, infectious diseases, safety, and accident problems. Early childhood development operations are linked with many agencies. Therefore, cooperation from many relevant sectors is required, especially, families and communities on integrating and working together. Nurses and health personnel, on the other hand, play a significant role in using health communication according to the community context based on traditions, cultures, beliefs, and ways of life of the community through tools, mechanisms, and media to bring information on promoting and caring for the health of children in their early childhood days to families and communities. This includes relevant health network partners to understand cooperation so that, there will be a continuous and sustainable practice in promoting for the health of children in their early childhood in the area.

Keywords: Health communication, Community participation, Health promotion, Early childhood

บทนำ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดต่อการสร้างรากฐานของชีวิต เริ่มตั้งแต่การพัฒนาให้มีสุขภาพกายแข็งแรง สุขภาพจิตที่ดี ส่งผลต่อเนื้อให้เด็กมีความสุขเป็น มีทักษะทางสมอง ทักษะการเรียนรู้ และทักษะชีวิตอย่างสมวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และ สวัสดิการสังคมได้อย่างเท่าเทียม ทั้งนี้นโยบายการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564-2570 มุ่งเน้นการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัยเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกกระทรวง/

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน ภายใต้ปรัชญา“เด็กปฐมวัยทุกคนต้องได้รับการดูแล พัฒนา และเรียนรู้อย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย อย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม ตามศักยภาพ ตามวัยและต่อเนื่อง บนพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีที่สอดคล้องกับหลักการพัฒนาศักยภาพและความต้องการจำเป็นพิเศษของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความสุข ความเป็นอยู่ที่ดี การคุ้มครองสิทธิ และความต้องการพื้นฐานของเด็กปฐมวัย รวมทั้ง การปฏิบัติต่อเด็กทุกคนโดยยึดหลักศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การมีส่วนร่วม การเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก และการกระทำทั้งปวงเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ” (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2018; National Early Childhood Development Commission, 2019; National Institute for Child Development, 2021) ส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุด สำหรับเด็กปฐมวัยให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพและมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย และเติบโต เป็นเยาวชนและผู้ใหญ่ที่ดี เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

จากนโยบายและความสำคัญดังกล่าว จะเห็นว่าสุขภาพเด็กปฐมวัย มีความสำคัญต่อการเติบโตและพัฒนาของเด็กเป็นอย่างยิ่ง จึงต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลภาวะสุขภาพของเด็ก เพื่อป้องกันสาเหตุที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตและพัฒนาการของเด็กตั้งแต่ต้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งไม่ใช่แค่พัฒนาการที่เด่นชัดทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงพัฒนาการทางด้านอารมณ์ และสติปัญญาที่สูงขึ้นอีกด้วย ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เด็กมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security, 2022) อย่างไรก็ตาม มีหลายปัจจัยในชีวิตประจำวันที่อาจขัดขวางการมีสุขภาพดีของเด็ก องค์การอนามัยโลกมีข้อมูลว่า ประชากรวัยเด็กจำนวนมากกว่า 200 ล้านคน ยังไม่ได้รับการพัฒนาได้อย่างเต็มสมรรถภาพ เนื่องจากความต้องการของเด็กไม่ได้รับการตอบสนองอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากการเลี้ยงดูของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมตามบริบทสังคม (Nantakhian et al., 2017; Global Research on Developmental Disabilities Collaborators, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ที่พบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีปัญหาด้านพัฒนาการทางด้านภาษาและการใช้ภาษาล่าช้าเพิ่มขึ้น การเจริญเติบโตไม่สมวัย โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ การขาดแร่ธาตุไอโอดีน และภาวะโลหิตจาง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูและการกระตุ้นพัฒนาการอย่างไม่เหมาะสม เนื่องมาจากผู้เลี้ยงดู ครอบครัว และคนในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมดูแลเด็กปฐมวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เหมาะสม จากการขาดสื่อสารข้อมูล รวมถึงการให้คำแนะนำติดตามอย่างต่อเนื่องระหว่างทาง (UNESCO, 2021; Wattanakorn, 2022; Institute for Population and Social Research, Mahidol University, in collaboration with the Health Promotion Fund, 2023) แม้ในปัจจุบันอัตราการเกิดและจำนวนของเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง แต่สถานการณ์ของเด็กปฐมวัยดังกล่าวเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม เช่น ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยลง แรงงานผู้หญิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดูแลเด็กปฐมวัย

ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพและสุขภาวะของเด็กปฐมวัย โดยชุมชนและครอบครัวจำเป็นต้องตอบสนองตามบริบทแบบต้งรับ โดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพที่เชื่อมโยงไปสู่ปัญหาสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กปฐมวัยด้วย (UNESCO, 2021)

จากข้อมูลสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพเด็กปฐมวัยไทยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา เพื่อให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเข้าสู่ระบบการดูแลเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างครอบคลุม ทางสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติจึงได้มีมาตรการในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้เกี่ยวข้องในการร่วมดูแลสุขภาพเด็ก โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือและสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบุคลากรที่ดูแลเด็กปฐมวัย และการสร้างเสริมความรู้แก่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพของเด็กปฐมวัย (Thienphuridej et al., 2022; Institute for Population and Social Research, Mahidol University, in collaboration with the Health Promotion Fund, 2023) ซึ่งเป็นกลไกการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่สะท้อนให้เห็นถึงระบบของการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดำเนินงานของประชาคมสุขภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดกระแสการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้จริงในสังคม โดยในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสาร ยังส่งผลต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ การเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว รวมถึงสุขภาพของผู้คนในทุกระดับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมถึงการรับรู้และรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นความตระหนักต่อค่านิยม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง (Pengpan, 2019; Phianthanyakam et al., 2021)

การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือหนึ่งในระบบของการส่งเสริมสุขภาพ (Roonkaseam & Pankhao, 2018; Shaw, 2023) การสื่อสารด้านสุขภาพที่ดี ช่วยให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ มีความรอบรู้ทางสุขภาพ และนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือเป็นชุมชนที่มีสุขภาวะที่ดี (Rimal & Lapinski, 2009; Department of Disease Control, 2022) ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจึงต้องใช้การสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบท สร้างความเข้าใจของครอบครัวและชุมชนให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เกิดการตระหนักและปฏิบัติที่ถูกต้อง และเกิดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนชุมชนสู่การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยร่วมกัน ด้วยฐานของความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การสื่อสารด้านสุขภาพ (health communication) เป็นการสื่อสารมวลชน และการใช้สื่อประสมประเภทต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ทำให้เกิดการตระหนักในการค้นหา เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อพัฒนาวิถีสุขภาพที่ดีให้กับตนเอง ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี แต่ยังรวมถึงการป้องกันโรคภัย การส่งเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Rimal &

Lapinski, 2009) โดยแนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารด้านสุขภาพ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากร เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนให้ดียิ่งขึ้น (Chuwongin et al, 2020; Bishoge et al., 2023)

มีการให้คำนิยามเกี่ยวกับ “การสื่อสารด้านสุขภาพ” ไว้หลากหลาย แต่มีใจความสำคัญที่สามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารด้านสุขภาพ คือ การนำเอาศาสตร์ด้านการสื่อสารมาใช้เป็นเครื่องมือในการเผยแพร่ข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันสุขภาพแก่ประชาชน หรือความสามารถในการเพิ่มระดับความรู้และความตระหนักในปัญหาสุขภาพ แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเชื่อ และทัศนคติ ซึ่งจะเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคมได้ และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างทันทีทันใด มีทักษะในการอธิบายบอกต่อถึงเรื่องการดูแลสุขภาพ ให้ความร่วมมือกับนโยบายสุขภาพ และต้องการเข้ารับการบริการทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม (Unkham, 2018; Atthanak, 2022; Wattanakorn, 2022; Bishoge et al., 2023; Wongkitrungruang & Kularb, 2023)

ลักษณะการสื่อสารด้านสุขภาพ

การสื่อสารได้เข้ามามีบทบาทสำคัญของการดูแลสุขภาพของประชาชน ในลักษณะการดูแลตนเองและการดูแลแบบมีส่วนร่วมในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถแบ่งลักษณะการสื่อสารสุขภาพที่พบได้ดังต่อไปนี้ (Chuwongin et al., 2020; Atthanak, 2022; Nachaidee et al., 2023)

1. การเสนอข่าวสาร ซึ่งเป็นลักษณะของการแจ้งข้อเท็จจริงหรือข้อมูลในสถานการณ์ปกติเพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความสนใจต่อข้อมูล และนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือกลุ่มคนเพื่อให้มีสุขภาพด้านต่าง ๆ ดีขึ้น
2. การเสนอข่าวด่วน ข่าวสำคัญ ในภาวะฉุกเฉิน หรือเมื่อมีกรณีโรคติดต่อที่ระบาดร้ายแรง เพื่อให้ประชาชนได้เฝ้าระวัง ป้องกันตนเองจากโรคได้อย่างทันท่วงที และลดปัญหาการแพร่กระจายของโรคเป็นวงกว้าง แก้ไขข้อสงสัย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือประสบการณ์ต่าง ๆ ในด้านของสุขภาพที่เป็นประโยชน์
3. การชักจูงหรือคำแนะนำ ให้ประชาชนหรือกลุ่มคนคล้อยตามและปฏิบัติในสาธารณะ โดยเป็นลักษณะการสื่อสารให้เกิดความรอบรู้ในด้านสุขภาพ ทำให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติความเชื่อ ค่านิยม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองด้านสุขภาพ
4. การกระตุ้นเตือนด้วยคำพูดและสื่อสารในลักษณะการให้ความรู้และการร่วมมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความถี่ในการได้รับข้อมูลต่าง ๆ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติ หากมีการกระตุ้นเตือนเป็นระยะ และการกระตุ้นเตือนสื่อสารโดยการพูดสื่อสารโดยตรงหรือการสื่อสารแบบ 2 ทาง มักได้ผลมากกว่าการใช้สื่ออื่น ๆ ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว ส่งผลต่อการรับรู้และทำให้เห็นความสำคัญของสิ่งเหล่านั้น แล้วนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด เช่น การกระตุ้นให้ผู้ปกครองร่วมกันส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลาน เพิ่มกิจกรรมการเล่นกับลูก เพื่อลดการใช้หน้าจอ เป็นต้น

องค์ประกอบการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ มีองค์ประกอบการสื่อสาร วัตถุประสงค์การสื่อสาร หรือการวางกลยุทธ์ ไม่ต่างจากการสื่อสารอื่น ๆ โดยมีจุดเน้นของเนื้อหาในรูปแบบ ดังนี้ (Chamnian & Kaewsanit, 2018)

1. เนื้อหาแบบให้รู้หรือให้ทราบ (inform) เพื่อให้เกิดการรับรู้ข้อมูล เกิดการจดจำข้อมูล และเกิดการกระทำบางอย่าง โดยเป็นการระบุคุณประโยชน์ของการกระทำนั้นอย่างชัดเจน

2. เนื้อหาแบบให้ความเข้าใจ (educate) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ทักษะ และมุ่งหวังให้คนทำตามได้ โดยมีวัตถุประสงค์ชัดเจนเพื่อตอบ “คำถาม” ของผู้รับสารที่มีต่อเรื่องหรือประเด็นต่าง ๆ ในขณะเดียวกันก็สามารถใช้ในการอธิบายหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่สำคัญ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการทำให้ต่อเนื่อง

3. เนื้อหาแบบบันเทิงใจ (entertain) เพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ เกิดความน่าสนใจ และเป็นภาพจำทางความรู้สึก เป้าหมายหลักของเนื้อหาในกลุ่มนี้คือ มุ่งใช้ “ความรู้สึก” และ “อารมณ์” ร่วมกับตัวเนื้อหาที่ต้องการสื่อออกมา

4. เนื้อหาแบบบันดาลใจ (inspire) เพื่อให้เกิดความเชื่อและการตัดสินใจกระทำบางอย่าง มักได้รับความนิยมค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ตรงใจกลุ่มเป้าหมายเพราะมักเป็นการนำปัญหาหรือความต้องการที่กลุ่มเป้าหมายมีอยู่มานำเสนอให้รู้สึกว่าได้รับประโยชน์มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการสื่อสารด้านสุขภาพมักมีการออกแบบสารที่มีเป้าหมายเพิ่มจากการสื่อสารทั่วไป คือ ต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชน โดยการสื่อสารที่มักได้ผลกับการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน คือการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่สำคัญของการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ที่เป็นวิธีการที่มุ่งปรับปรุงสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล และประชากรทั้งประเทศ โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมกับบริบทของสังคม ซึ่งมีทั้งในแง่บวกและในแง่ลบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพเป็นการแสดงให้เห็นทฤษฎีแรงขับเคลื่อนของสื่อในรายการส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ที่สามารถบรรจุเรื่องสุขภาพเพื่อเป็นวาระประชาชน (public agenda) เนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพ (reinforce health message) การกระตุ้นการแสวงหาข้อมูลของคนในชุมชน และข้อเท็จจริงบางประการในการนำมาสร้างวิถีสุขภาพที่ดี

การสื่อสารสุขภาพประกอบด้วยศาสตร์ที่หลากหลาย ทั้งสาระบันเทิง (edutainment or enter-education) วารสารสุขภาพ (health journalism) การสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) การชี้นำด้านสื่อ (media advocacy) การสื่อสารในองค์กร (organizational communication) การสื่อสารความเสี่ยง (risk Communication) การสื่อสารเพื่อสังคม (social communication) และการตลาดทางสังคม (social marketing) ที่สามารถนำเสนอข้อมูลได้หลากหลายรูปแบบ สามารถใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสื่อประสมและเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้เป็น อย่างดีในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่มีมากขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Chuwongin et al., 2020; Kamkhiew et al., 2023)

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน ได้มีโอกาสเข้าร่วมเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาของตนเอง ตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ ระบุปัญหา ตัดสินใจแก้ปัญหา การวางแผน การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลโดยการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ซึ่งกระบวนการนี้ ทำให้ชุมชนเกิดพลังอำนาจ มีความมั่นใจ และกล้าที่จะตัดสินใจในการพัฒนาด้านอื่น ๆ ต่อไป (Cohen & Uphoff, 1980) หรือ กระบวนการตัดสินใจของครอบครัว รวมไปถึงชุมชน ในการกำหนดความต้องการ การวางแผน การดำเนินงาน การบริหารจัดการ การระดมทรัพยากร การรับผลประโยชน์และการประเมินผลจากกิจกรรมที่มีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การดูแลสมาชิกของชุมชนและพึ่งตนเองได้ (Kamkhiew et al., 2023)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาชุมชน คือการที่คนในชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจ (empowerment) โดยแสดงศักยภาพที่ตนมีอยู่ในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผลในทุกขั้นตอนในการแก้ปัญหาในเรื่องที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ซึ่งแนวทางของการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรประกอบไปด้วย 5 ลักษณะ คือ 1) มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพิจารณาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2) มีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา 3) มีส่วนร่วมในการค้นหา และพิจารณาแนวทางวิธีทางในการแก้ปัญหา 4) มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา และ 5) มีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรมการพัฒนา

Cohen and Uphoff (1980) แบ่งการมีส่วนร่วม ออกเป็น 4 แบบ คือ 1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ (decision Making) ในการริเริ่มทำและตัดสินใจปฏิบัติการ 2) การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ (implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากร การบริหารการประสานความร่วมมือ 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefits) ประกอบด้วยผลประโยชน์ด้านวัสดุ ด้านสังคม และบุคคล และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ในการทำงานเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ต้องคำนึงถึงเงื่อนไขหรือหลักการสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมต้องเกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วม เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาคและความสามารถของผู้เข้าร่วม และการมีส่วนร่วมต้องความเสรี สามารถตัดสินใจในได้ว่าจะเลือกหรือจัดการสิ่งใด ๆ หรือไม่ ต้องไม่เกิดจากการบังคับหรือขู่เข็ญ โดยสรุปลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การสนับสนุนทรัพยากร คือ การสนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม โดยการให้ชุมชนหรือผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมในการวางแผนการประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามและประเมินผล ซึ่งอำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ การเป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิกในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าว โดยใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ แก่ประชาชนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันและมีระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียแต่ละส่วนแตกต่างกัน เช่น เป้าหมายของการสื่อสารอาจกำหนดให้ครอบครัว ชุมชน หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างเช่น ครูผู้ดูแลเด็ก เข้ามามีส่วนร่วมในระดับเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ

ประเด็นปัญหาหรือแนวทางในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยเป็นผู้รับสารที่คอยป้อนปฏิกิริยาย้อนกลับ (feedback) ในขณะที่ให้พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้นำชุมชน มีส่วนร่วมระดับวางนโยบาย ในขณะที่บางกิจกรรมอาจให้ผู้มีส่วนได้เสียมีโอกาสเป็นผู้ส่งสารได้มากน้อยต่างกัน ในขณะที่ประเภทของเนื้อหาอาจเป็นเนื้อหาที่เกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของชุมชนน้อย โดยมีเนื้อหาที่เป็นสาระแห่งชาติเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ช่องทางการสื่อสารหรือสื่อบางชุมชนเป็นตัวกำหนดความยากง่ายในการเข้ามีส่วนร่วม

กล่าวโดยสรุป การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพนั้น จึงต้องให้ความสำคัญในการโน้มน้าวใจผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมให้ร่วมปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันจนทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน โดยปัจจัยที่ทำให้สำเร็จคือ ผู้สื่อสารต้องมีความเข้าใจในสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ 1) เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กำหนด 2) บริบทของชุมชน 3) บทบาทของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหลักที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาเป้าหมาย 4) ทักษะของผู้เกี่ยวข้องและชุมชนในการได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการพัฒนา และ 5) ระบบการทำงาน ที่สร้างความสัมพันธ์กับชุมชน และสามารถนำไปต่อยอดเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (Office of Partnership and International Relations Development, 2017; Chuwongin et al., 2020; Atthanak, 2022; Nachaidee et al., 2023) ดังนั้นในการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนชุมชนสู่การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยฐานของความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมให้ประสบความสำเร็จได้นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ผู้สื่อสารต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อดำเนินการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมได้อย่างยั่งยืน

บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

ปัจจุบันมีแนวทางการส่งเสริมศักยภาพและสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผ่านการเรียนรู้ผ่านการเล่น ในสภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และมีความปลอดภัย เพื่อสร้างความเป็นพลเมืองดีที่สร้างสรรค์สังคมในศตวรรษที่ 21 ภายใต้กรอบมาตรฐานการพัฒนา (4D) โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการร่วมขับเคลื่อนระบบในการร่วมดูแล (National Institute for Child Development, 2021) บนฐานแนวคิดตามบริบทของสังคมไทยตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบันที่ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยสำคัญที่สุดและมีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่มีความใกล้ชิดกับเด็กปฐมวัย และจะใช้เวลาส่วนใหญ่ของชีวิตในช่วงนี้อยู่ด้วยกันมากที่สุด ในส่วนของชุมชนที่เด็กปฐมวัยอาศัยอยู่หรือเรียนอยู่นั้น ถือเป็นแหล่งเรียนรู้และกลุ่มบุคคลที่มีผลสำคัญและมีบทบาทที่มีผลต่อภาวะสุขภาพในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามที่เด็กใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ (Phianthanyakam et al., 2021; Bootsri & Charakamud, 2022)

บทบาทของครอบครัวและชุมชนในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ที่สามารถสรุปได้ตามกรอบมาตรฐานการพัฒนาทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ (Pengpan, 2019; Phianthanyakam et al., 2021; National Institute for Child Development, 2021; Thienphuridej et al., 2022)

1. ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (diet) การดูแลด้านโภชนาการที่สำคัญเป็นลำดับแรก คือ การควบคุมอาหารและออกกำลังกาย ครอบครัวควรให้เด็กรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ในปริมาณที่เหมาะสม รวมถึงส่งเสริมให้เด็กออกกำลังกายสม่ำเสมอ และเนื่องจากเด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็ว เป็นวัยที่มีกิจกรรมมาก และมักมีความสนใจสิ่งแวดล้อมมาก ทำให้ความสนใจในการรับประทานอาหารลดลง และเป็นช่วงที่พัฒนาความเป็นอิสระความเป็นตัวของตัวเอง เด็กจึงมักปฏิเสธอาหาร ความอยากอาหารของเด็กไม่แน่นอน ทำให้มีภาวะทุพโภชนาการ เพื่อป้องกันปัญหาภาวะอ้วนและภาวะทุพโภชนาการ ครอบครัวควรให้ความสนใจกับหลักการกำหนดอาหาร ฝึกให้เด็กรับประทานอาหารให้ได้หลากหลายชนิด ไม่ควรเลือกเฉพาะอย่าง ให้มีการหมุนเวียนกันหลากหลายชนิด ควรให้เด็กได้ร่วมโต๊ะรับประทานอาหารกับผู้ใหญ่ในครอบครัว รู้จักเลือกชนิดอาหารที่เป็นประโยชน์ หลีกเลี่ยงของขบเคี้ยวขนมหวานจัดลูกอมน้ำตาลและอาหารไขมันสูง ซึ่งควรเป็นสิ่งที่เด็กต้องตระหนัก และควบคุมตนเองได้เมื่อโตขึ้น และร้านค้าหรือคนในชุมชนสามารถมีบทบาทในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดีและเป็นแหล่งของอาหารที่ดีต่อสุขภาพเด็กเหล่านี้ได้

2. ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น (development and play) ครอบครัวและผู้ดูแลหลักควรมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาการเด็ก การอบรมเลี้ยงดูเด็กและแนวทางกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จะช่วยให้ครอบครัวเข้าใจพฤติกรรมเด็กระหว่างปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมกับเด็กได้เด็กควรได้รับการกระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในระหว่างการเล่น โดยเฉพาะในสิ่งแวดล้อมการเล่นในปัจจุบัน ที่เด็กปฐมวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า โดยหากครอบครัวมีความเข้าใจ จะสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอผ่านการทำกิจกรรมร่วมกับเด็กในบรรยากาศครอบครัวที่อบอุ่น ปราศจากความรุนแรง ได้แก่ การเล่น การพูดคุย การเล่านิทานให้ฟัง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีและแสดงความรักต่อเด็กอย่างสม่ำเสมอ โดยการกอด อุ้ม สัมผัส พูดคุยชื่นชม กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันที่มั่นคง หากได้รับการส่งเสริมพัฒนาการหรือ กระตุ้นพัฒนาการตามศักยภาพของเด็กจากครอบครัวอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องอย่างมีแบบแผน เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น นอกจากนั้นในบริบทของชุมชน ควรมีการให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยทำให้ชุมชนเป็นที่ปลอดภัย ลดความเสี่ยงปัญหาความรุนแรงและยาเสพติด จัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีพื้นที่ให้เด็กสามารถเดิน วิ่ง หรือ เล่นของเล่นที่ส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก การใช้และเข้าใจภาษา การเข้าสังคม การช่วยเหลือตนเอง และด้านสติปัญญา ทำให้เด็กรู้จักคิดเป็น ทำงานเป็น เรียนรู้เป็น แก้ปัญหาเป็น อยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็น และหาความสุขเป็นตามวัย มีอัตราการพัฒนาเติบโตดีที่สุดในช่วงวัย 3-6 ปี

3. ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน (dental) เด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีฟันน้ำนมขึ้นครบแล้ว ซึ่งการดูแลสุขภาพฟันที่ดีของเด็กวัยนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากฟันน้ำนมที่ดีจะนำไปสู่ฟันแท้ที่ดี ด้วยนอกจากมีผลต่อฟันแท้แล้วยังมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย การรับประทานอาหาร และพัฒนาการด้านการพูดด้วย เด็กวัยนี้จึงควรได้รับการสอนการแปรงฟันที่ถูกต้อง ซึ่งในเด็กเล็กที่พัฒนาการกลืนนมมีอยู่ไม่ดีพอ ผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้หรือดูแลในขณะที่เด็กแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งหลังอาหาร ถ้าไม่สามารถทำได้ควรให้บ้วนปากหลังอาหารทุกครั้ง นอกจากนี้ยังต้องควบคุมเรื่องการบริโภคอาหารประเภทที่ส่งผลให้เกิดฟันผุได้ เช่น ขนมหวาน ขนมขบเคี้ยว และดื่มน้ำอัดลม ที่สำคัญควรกระตุ้นให้เด็กรับประทานผักทุกชนิด และควรพาเด็กไปให้ทันตแพทย์ตรวจฟันทุก 6-12 เดือน เพื่อประเมินสุขภาพช่องปาก หากพบสภาพฟันที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคจำเป็นต้องได้รับการป้องกันฟันผุจากทันตแพทย์ด้วย บทบาทการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กไม่ใช่เพียงหน้าที่ของผู้ปกครอง แต่เป็นบทบาทของผู้เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบริโภคของเด็กด้วย เช่น ผู้ค้าขายขนมบริเวณโรงเรียนและชุมชน ผู้ใหญ่คนอื่น ๆ ในชุมชนที่อยู่ในชีวิตประจำวันของเด็ก เป็นต้น

4. ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (disease) โรคติดเชื่อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กปฐมวัย เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนยังมีภูมิคุ้มกันต่ำมีโอกาสเจ็บป่วยและติดเชื่อได้ง่าย และเป็นวัยที่เริ่มเข้าสู่ศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคมกขึ้น รวมถึงมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้บ่อย จึงควรได้รับการดูแลและได้รับการสอนในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคลจากครอบครัวและโรงเรียนอนุบาลหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและโรคติดเชื่อ เช่น การสอนล้างมือ การจัดให้เด็กรับประทานอาหารเช้า การดื่มนม และน้ำสะอาด การสอนแปรงฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น หากเด็กที่ยังปฏิบัติด้วยตัวเองไม่ได้ ควรให้การช่วยเหลือไม่ปล่อยให้เด็กทำตามลำพัง และหากเด็กมีอาการเจ็บป่วยไม่ควรให้เด็กไปโรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพราะจะเป็นการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งเด็กควรได้รับการดูแลให้ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดให้ครบ นอกจากนั้นครอบครัว คนในชุมชน และครูผู้ดูแลเด็ก ควรมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุในเด็กปฐมวัยที่พบบ่อย อาการบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นตามลักษณะพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ตลอดจนวิธีการป้องกัน โดยสิ่งสำคัญคือ การร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมภายใน นอกบ้าน โรงเรียน และพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้ปลอดภัย รวมถึงสอนให้เด็กรู้จักระวังตนเองจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้เช่นอุบัติเหตุจราจร การพลัดตกหกล้ม การข้ามถนน และการจมน้ำ โดยการที่มีแนวปฏิบัติด้านการจัดการโรคติดต่อ โรคระบาด การตรวจสุขภาพเด็ก และการป้องกันความปลอดภัยที่ชัดเจนของโรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แล้วครอบครัวและชุมชนมีความเข้าใจ และร่วมกันปฏิบัติ โดยอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การดูแลสุขภาพเรื่องสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรคในเด็กปฐมวัยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม

การร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพตามแนวปฏิบัติการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติข้างต้น เน้นการพัฒนาโดยใช้ข้อมูลและ

บริบทเด็กเป็นตัวตั้งในการพัฒนา โดยมีองค์ประกอบการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความรู้ การบูรณาการ การพัฒนาแบบก้าวกระโดด การใช้ชุมชนเป็นฐาน (National Institute for Child Development, 2021; Bootsri & Charakamud, 2022) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสร้างความรู้ (knowledge) เป็นฐานความรู้ใหม่ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยครบทุกมิติ ควรมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เกิดการร่วมวิเคราะห์ปัญหาของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย เป็นกระบวนการสร้างองค์ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเด็กปฐมวัยแบบองค์รวม

2. การบูรณาการ (integration) ใช้หลักการมีส่วนร่วมโดยใช้ครอบครัวเป็นฐานในการร่วมดูแลเด็กในชีวิตประจำวันและการร่วมพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีการดำเนินการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างมีทิศทางที่ชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติที่ดี โดยใช้ทรัพยากรและการสื่อสารที่เหมาะสม ร่วมมือกับชุมชน มีการบูรณาการการทำงานภายใต้ข้อจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาแบบก้าวกระโดด (development) ควรเป็นการสร้างความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้พัฒนาโดยการพึ่งตนเอง ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ครอบคลุมทั้งด้านการเจริญเติบโต โภชนาการ พัฒนาการ การเล่น สุขภาพช่องปากและฟัน การจัดการสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย และการป้องกันควบคุมโรค แล้วนำสู่การลงมือปฏิบัติจริง โดยควรมีหน่วยงานกลางหรือหน่วยงานสาธารณสุขเป็นตัวกลางในการขับเคลื่อน สร้างความเข้าใจ และนำกระบวนการพัฒนา วิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค เพื่อนำมาสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. การใช้ชุมชนเป็นฐาน (social) ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการสร้างการเรียนรู้ โดยใช้แหล่งเรียนรู้และฐานการเรียนรู้ชุมชนเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยร่วมกัน โดยให้ความสำคัญของการพัฒนาทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ตั้งแต่การใช้ครอบครัวร่วมกับสถานศึกษา การจัดการองค์กรและการจัดทำนโยบายหรือข้อปฏิบัติในชุมชนเพื่อเด็กปฐมวัย โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมระหว่าง สถานศึกษา ครอบครัว และชุมชน การทำงานเป็นทีม เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างครู ผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว ผู้นำชุมชนชุมชน องค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพ (4D) ร่วมกันสร้างแนวปฏิบัติที่ดีสำหรับการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้ทั้งครอบครัวและตัวเด็กปฐมวัย ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนตามสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัย และไม่เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ กับเด็กปฐมวัย

ทั้งนี้ ผู้สื่อสารด้านสุขภาพจึงควรมีการสื่อสาร ให้ข้อมูลที่ชัดเจนผ่านกิจกรรมใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความรู้ การบูรณาการ การพัฒนาแบบก้าวกระโดด การใช้ชุมชนเป็นฐาน ด้วยวิธีการสื่อสารด้านสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การเสนอข่าวสาร การให้ข้อมูลชักจูงหรือคำแนะนำ การกระตุ้นเตือนด้วยคำพูด และสื่อสารในลักษณะการให้ความรู้และการร่วมมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยควรมีการวางแผนเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อให้ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็ก

ปฐมวัย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เป็นหลัก ครอบครัว ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. ผู้นำชุมชน บุคคลหรือหน่วยงานอื่นๆของชุมชนที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้บทบาทของตนในการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน และ ด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญและเป็นผู้ประสานการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพทุกช่วงวัย ในส่วนของการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยก็เช่นกัน บทบาทของพยาบาลเริ่มตั้งแต่เด็กปฐมวัยแรกเกิดในบทบาทการเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอด และครอบครัวในการดูแลเด็กแรกเกิด ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน การติดตามสุขภาพเด็กตามการตรวจตามนัดและการรับวัคซีน ไปจนถึงการดูแลเด็กปฐมวัยและครอบครัวต่อเนื่องในชุมชน การใช้ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพนั้น มักมี 2 กระบวนการที่เกี่ยวข้อง คือ 1) กระบวนการทำงานร่วมกันของผู้ส่งสารและผู้รับสาร (เช่น พยาบาลกับครอบครัว พยาบาลกับครูผู้ดูแลเด็ก พยาบาลกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น) และ 2) มิติกระบวนการประสานความรู้ของทุกคนเข้าด้วยกัน ซึ่งการดำเนินการตามกระบวนการได้นั้นจำเป็นต้องใช้รูปแบบการหารือ/แบบการสนทนา ซึ่งพบว่าการสื่อสารทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

บทบาทพยาบาลในการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบมากเมื่อเด็กและครอบครัวมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพในโรงพยาบาล หน่วยงานบริการสุขภาพต่าง ๆ ในชุมชน คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก คลินิกสุขภาพเด็กดี เป็นต้น โดยสามารถกล่าวถึงรูปแบบที่พบโดยสรุปได้ 6 บทบาท (Roonkaseam & Pankhao, 2018; Chuwongin et al, 2020; UNESCO, 2021; Thienphuridej et al., 2022; Wattanakorn, 2022) ได้แก่

1. การประสานงาน เมื่อพบเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จะต้องมีการสื่อสารข้อมูลกับหน่วยงานสุขภาพตามระบบปฏิบัติงาน เพื่อดำเนินการแจ้งเครือข่ายในพื้นที่ที่เด็กอาศัยอยู่ โดยมีการสื่อสารผ่านการจัดทำสารสนเทศและข้อมูลทะเบียนรายชื่อ และเบอร์โทรศัพท์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อรับทราบข้อมูล และเตรียมการดูแลสุขภาพกระตุ้นพัฒนาการร่วมกันทั้งที่บ้าน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. การสร้างความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก โดยเป็นบทบาทที่พยาบาลทำทั้งภายในสถานบริการและในการติดตามเยี่ยมบ้าน ระหว่างการคัดกรองและการประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบประเมินมาตรฐาน อีกทั้งการจัดบริการการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพรูปแบบการรักษาพยาบาลชัดเจน เหมาะสม และต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของครอบครัวในการร่วมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย วิธีการประเมิน

ติดตามการเจริญเติบโต วิธีการใช้คู่มือประเมิน ติดตามและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และความตระหนักต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สื่อสารโดยการอธิบายระหว่างดำเนินการประเมินสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร่วมกับการใช้สื่อการสอนการใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ให้กับครอบครัวเด็ก และสามารถนำไปศึกษาต่อเองที่บ้าน และเผยแพร่ต่อสมาชิกที่ร่วมกันดูแลในครอบครัว โดยมักใช้วิธีการสื่อสารด้วยลักษณะการสร้างพันธมิตร การร่วมมือร่วมใจ

3. การกระตุ้นส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นการสื่อสารข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ครอบครัว ผ่านการฝึกทักษะผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยภายใต้กรอบมาตรฐานการพัฒนา ได้แก่ ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักและครอบครัวในการกำหนดช่วงเวลาคุณภาพ (quality time) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นช่วงเวลาที่สมาชิกในครอบครัวร่วมกันใส่ใจเด็ก และทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กให้สมวัย จากนั้นให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลักสาธิตวิธีการย้อนกลับกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ก่อนที่จะเดินทางกลับบ้าน เพื่อนำวิธีการไปใช้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการบุตรหลานตนเองที่บ้านได้อย่างถูกวิธี

4. การเข้าถึงติดตาม โดยพยาบาลและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทำการติดตามผลการส่งเสริมการเจริญเติบโต กระตุ้นพัฒนาเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า รวมถึงการดูแลเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของเด็กปฐมวัยที่พบ โดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ หรือในไลน์ส่วนตัว หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเมื่อพบว่าเด็กยังไม่ดีขึ้น จะมีการประสานข้อมูลกับ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. หรือครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อทำการติดตามการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอีกช่องทางหนึ่ง โดยในบทบาทของการติดตามนี้ พยาบาลใช้การสื่อสารทางสุขภาพในลักษณะของการชี้แนะเพื่อสุขภาพ การสร้างพันธมิตรการร่วมมือร่วมปฏิบัติ และการสร้างกิจกรรมเพื่อสุขภาพกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

5. การให้คำปรึกษา พยาบาลและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้คำปรึกษาชี้แนะวิธีการเฉพาะรายบุคคล โดยใช้ช่องทางการสื่อสารแบบต่อหน้า หรือทางโทรศัพท์มือถือ หรือในไลน์ส่วนตัวกับครอบครัวเด็ก และช่วยตรวจสอบวิธีการ ปฏิบัติที่ถูกต้อง การให้กำลังใจ และการกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการเด็กจากการพูดคุย และการเสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้ดูแลหลักและครอบครัว เพื่อให้เกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่เด็กมีปัญหาด้านสุขภาพหรือเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแก่เด็กกลุ่มนี้ต่อไป โดยการสื่อสารในกระบวนการให้คำปรึกษาต้องเป็นการชี้แนะให้ครอบครัวเห็นประโยชน์ของการดูแลเด็กร่วมกันหรือการดูแลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสร้าง โดยการปลุกใจให้ผู้ดูแลต้องมีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และสัญญาใจ (commitment) ที่จะดูแลบุตรหลานของตนให้ดี เน้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพกับสมาชิกในครอบครัว

6. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ชุมชนหรือเครือข่ายที่สนับสนุนงานวิชาการหรือสถาบันทางการศึกษา และการปฏิบัติเชิงนโยบาย เพื่อกำหนดเนื้อหาสาระสำคัญในการเผยแพร่ และ สื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพเด็กปฐมวัย

บทบาทของพยาบาลในการสื่อสารด้านสุขภาพทั้ง 6 บทบาท เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ ซึ่งส่งผลที่ดีต่อกระบวนการสร้างความร่วมมือตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยได้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ การสร้างความรู้ การบูรณาการ การพัฒนาแบบก้าวกระโดด และการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นลักษณะการสื่อสารที่เป็นการชักจูงหรือคำแนะนำ และการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูดและสื่อสาร ในลักษณะการให้ความรู้และการร่วมมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ที่ต้องมีกระบวนการสนทนาที่ส่งเสริมการร่วมกันคิด ร่วมกันรับฟัง และเคารพในความคิดของผู้อื่น ตระหนักในความสำคัญและบทบาทผู้เกี่ยวข้อง ร่วมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพเด็กปฐมวัยในชุมชนของตน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนกระบวนการค้นหา แนวทางและตัดสินใจร่วมกัน โดยสื่อสารบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริงและชัดเจน ซึ่งควรจัดช่องทางและรูปแบบการมีส่วนร่วมให้หลากหลาย เพื่อเกื้อหนุนให้คนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการสื่อสาร ที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่มีเป้าหมายร่วมกันในการร่วมดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ซึ่งมีใช้เป็นเพียงการเข้ามาเป็นผู้ส่งสารหรือผู้รับสารเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับประเด็นการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กในประเด็นที่ทั้งพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตระหนักและเห็นความสำคัญร่วมกัน จึงจะเกิดความร่วมมือ ร่วมใจ และเกิดการปฏิบัติ สอดรับบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายที่ยั่งยืนต่อไป (Roonkaseam & Pankhao, 2018; Chuwongin et al., 2020; Wattanakorn, 2022)

บทสรุป

การสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของเด็กปฐมวัย ซึ่งการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ความสำคัญในการโน้มน้าวใจผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมให้ร่วมปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันจนทำให้เกิดความไว้วางใจในการทำงานร่วมกัน โดยผู้สื่อสารด้านสุขภาพต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะการสื่อสารและองค์ประกอบการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม โดยมีการผสมผสานวัฒนธรรมกับบริบทของสังคม ที่มีเป้าหมายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนในชุมชน หรือเพื่อผลักดันให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่เป็นรูปธรรม

พยาบาลซึ่งเป็นผู้สื่อสารด้านสุขภาพต้องเข้าใจและสามารถสื่อสารให้ความรู้ โน้มน้าว กระตุ้นเตือนการปฏิบัติ แก่ผู้ที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลเด็กปฐมวัย คือ ครอบครัวและชุมชน ให้เข้าใจและตระหนักถึงบทบาทของการร่วมสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยให้ครบทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการเจริญเติบโต และโภชนาการ ด้านพัฒนาการเด็กและการเล่น ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน และด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย และการป้องกันควบคุมโรค ตามกระบวนการสร้างความร่วมมือตามแนวทางการส่งเสริม

สุขภาพเด็กปฐมวัยได้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ การสร้างความรู้ การบูรณาการ การพัฒนาแบบก้าวกระโดด และการใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยเน้นลักษณะการสื่อสารที่เป็นการชักจูงหรือคำแนะนำ และการกระตุ้นเตือนด้วยคำพูดและสื่อสาร ในลักษณะการให้ความรู้และการร่วมมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผ่านบทบาทของพยาบาลผู้สื่อสารด้านสุขภาพทั้ง 6 บทบาท คือ การประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ การเข้าถึงติดตาม การให้คำปรึกษา และการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานวิชาการในพื้นที่ชุมชนหรือเครือข่าย ซึ่งแนวโน้มการพัฒนาระบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในอนาคต ยังคงต้องให้ความสำคัญในการสื่อสารและส่งต่อข้อมูล อาจมีการนำข้อมูลสารสนเทศ เทคโนโลยี และการดูแลเชิงวัฒนธรรมของชุมชนเข้ามาประยุกต์ใช้ โดยการมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐานในการร่วมขับเคลื่อนระบบในการร่วมดูแลต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้เติบโตอย่างมีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Atthanak, C. (2022). Development model of participation of network partners health action plan Nong Hang Subdistrict Health Promoting Hospital, Kuchinarai District, Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health*, 7(3), 142-150. (in Thai)
- Bishoge, O. K., Aremu, A. K., Ajayi, D. D., & Mfinanga, S. G. (2023). Factors that influence individual and community behavioural change regarding environmental health. *Journal of Health Research*, 37(1), 33-43. <https://doi.org/10.56808/2586-940X.1008>
- Bootsri, S., & Charakamud, P. (2022). Model Development of Participatory Processes for Early Childhood Access to Quality Food in Amidst the Pandemic of Covid-19: A Case Study Romklao Community, Latkrabang District, Bangkok. *Journal of Nursing, Siam University*, 44(1), 10-22. (in Thai)
- Chamnian, M., & Kaewsanit, M. (2018). Health communication to promote the well-being for the community people. *APHEIT Journal*, 24(2), 155-166. (in Thai)
- Chuwongin, D., Molek, R., Boonprajak, K., Sombutboon, M., & Preechakoon, B. (2020). Nursing communication in disruptive medicine. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*, 2(2), 25-38. (in Thai)
- Cohen, J., & Uphoff, N. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(8), 213-235.
- Department of Children and Youth, Ministry of Social Development and Human Security. (2022). *Five-year operational plan 2023-2027*. https://www.dcy.go.th/public/mainWeb/file_download/1667229515594-682713220.pdf (in Thai)

- Department of Disease Control. (2022). *Guidelines for monitoring, prevention and control of the outbreak of hand, foot and mouth disease for childcare centers*.
http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/baby/13.7.58/Measure_HFM.pdf (in Thai)
- Global Research on Developmental Disabilities Collaborators. (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Health*, 6(10), 1100-1121.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University, in collaboration with the Health Promotion Fund. (2023). *Thai Health 2023: Thailand's promise in the COP (Conference of Parties) to deal with global warming*. Amarin. (in Thai)
- Kamkhiew, R., Seemanee, S., and Suntudhan, S. (2023). Factors Predicting the Participatory Health Management in Klong Phasi Charoen Waterfront Community. *Journal of Health and Health Management*, 9(2), 204-216. (in Thai)
- Nachaidee, V., Sridee, S., & Thongrin, S. (2023). Health communication management for non-communicable diseases. *Rajapark Journal*, 17(52). 467-481. (in Thai)
- Nantakhian, W., Tangsiriwattanakul, K., & Sutcheo, S. (2017). Life skills of young learners in Thailand 4.0. *Journal of Education and Social Development*, 13(1), 7-18. (in Thai)
- National Early Childhood Development Commission. (2019). *National standard for early childhood care, development and education, Thailand*. Prikwarn Graphic. (in Thai)
- National Institute for Child Development. (2021). *Guidelines for promoting the quality of early childhood development centers in terms of health (4D) according to the national early childhood development center standards*. Office of the War Veterans Organization Printing House. (in Thai)
- Office of Partnership and International Relations Development (2017). *Communication for health promotion*. Health Promotion Foundation. (in Thai)
- Pengpan, K. (2019). The roles of parents in preventing health problems of pre-school-children. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 6(2), 131-142. (in Thai)
- Phianthanyakam, N., Attham, W., Saenkammeun, R., & Somkome, T. (2021). The health promotion of early childhood for a healthy weight-to-height ratio in era of Thailand 4.0 by using PPCT model. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(3), 1-11. (in Thai)

- Rimal, R. N., & Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 247-247. <https://doi.org/10.2471/blt.08.056713>
- Roonkaseam, N., & Pankhao, O. (2018). *Communication and health development, Unit 10 in communication and development*. Sukhothai Thammathirat Open University Press. (in Thai)
- Shaw, K. (2023). Community health communication: Case studies of Subdistrict Health Promotion Hospitals in Suphan Buri, Ubon Ratchathani, and Kalasin Provinces. *Panyapiwat Journal*, 15(2), 235-253. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2018). *Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036)* (2nd ed.). Strategy and Planning Division. (in Thai)
- Thienphuridej, T., Seanmkhumhom, D., & Wanngamwiset, S. (2022). Factors influencing nutritional status of pre-school age children development centers in Subdistrict Municipality Mueang Si Khai Subdistrict Warinchamrab District, Ubonratchathani Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 23(3), 149-157. (in Thai)
- UNESCO. (2021). *The impact of COVID-19 on early childhood education in the Asia-Pacific and Sub-Saharan Africa: Insights from the results of rapid regional personnel survey*. UNESCO Bangkok Office and UNESCO Dakar Office. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf00000378125>
- Unkham, P. (2018). *Model of quality networking for health communication in Department of Health*. Public Communication Group, Planning Division, Department of Health. (in Thai)
- Wattanakorn, A. (2022). *Communication factors predicting disease prevention and treatment behaviors of people in the regional health promotion center 5* [Unpublished master's thesis]. National Institute of Development Administration. (in Thai)
- Wongkitrungruang, W., & Kularb, P. (2023). *The survey of knowledge on fake news, disinformation, misinformation: Case studies of Thai health information*. Thai Health Organization. (in Thai)



คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย และบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โปรแกรม Microsoft Office Word for Windows 2013 หรือสูงกว่า ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK พิมพ์ในกระดาษขนาด A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 เซนติเมตร ด้านซ้าย 3.17 เซนติเมตร และด้านขวา 2.54 เซนติเมตร จำนวน 10-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น เอกสารที่เป็นแนวคิด ทฤษฎีต้นฉบับ (original paper) จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 18 หนา ใ้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ
3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล
4. สถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษแยกบรรทัด ขนาดอักษร 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ
5. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำตอบคัดย่อ
6. คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
7. การเรียงหัวข้อในเนื้อหา หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยย่อหน้าจากหัวข้อใหญ่ และห่างจากหัวข้อถัด ๆ ไป 3 – 5 ตัวอักษร (เคาะ 1 tab) ขนาดตัวอักษรปกติ
8. ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)
9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 9.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - 9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
 - 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย



9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (รวมการตรวจสอบคุณภาพ) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

9.9 ผลการวิจัย

9.10 การอภิปรายผล

9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

9.12 ข้อจำกัดของการวิจัย

9.13 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

9.14 เอกสารอ้างอิง

10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อภาษาไทย

10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

10.3 เนื้อหา

- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป

10.4 เอกสารอ้างอิง

11. ถ้ามีตารางหรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหา หัวตาราง ใช้คำว่า “ตาราง/ ภาพ” ตามด้วยหมายเลข ตารางหรือภาพ ตามลำดับ พร้อมทั้งระบุชื่อตารางหรือภาพ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association) ในรูปแบบที่วารสารกำหนด ดังนี้

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	Surname (year) Sriyasak (2015)	(Surname, year) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname ¹ and Surname ² (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname ¹ & Surname ² , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname ¹ et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname ¹ et al., year) (Sriyasak et al. (2015)



รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง	Surname ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) การใส่ผู้ซื้อข้อมูลผู้แต่ง กรณีมีจำนวน 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อสกุล ลำดับที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... & ตามด้วยชื่อสกุลลำดับสุดท้าย

Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G.,... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press. กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5th ed.). Elsevier. บทในหนังสือ Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9th ed., pp. 1-18). Elsevier. หมายเหตุ *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.
บทความ ในวารสาร	แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. (in Thai)



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. https://doi.org/เลข doi Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., & Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001 วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (eLocators) ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขที่บทความ. URL Chaipatchareewan, T. & Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 (in Thai) Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., & Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030
วิทยานิพนธ์ คุณัณิพนธ์	ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai) จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No.1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.
รายงาน	จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i>. Dhurakij Pundit University. (in Thai)



แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (Ed. หรือ Eds.), <i>ชื่อหัวข้อการประชุม</i> (p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i>. SHS Web of Conferences. https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i>, 2(1), 9-18. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). <i>ชื่อบทความ</i>. ชื่อเว็บไซต์. URL World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i>. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ journal@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....
☐ หน่วยงาน ชื่อ

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

- ☐ บทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
☐ บทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี
ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”
เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน)

.....
.....

ลงนาม

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ ชำระค่าธรรมเนียมก็ต่อเมื่อบทความได้ผ่านการประเมินเบื้องต้น (pre-review) แล้ว ในขั้นตอนการประเมินบทความ กรณี reviewer ปฏิเสธการรับบทความ (2 ใน 3 ท่าน) ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

กรุณาส่งใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ หลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียม และแบบฟอร์มนำส่งบทความ เพื่อลงตีพิมพ์มายัง

ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

***กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทุกรายการ

ทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”

ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น***

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....
.....
ภาษาอังกฤษ.....
.....
ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้พิมพ์หลัก
ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:
(กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....
คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้
☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>
☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)
เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....
☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
☐ บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้พิมพ์ร่วม
1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....อีเมล:
6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้พิมพ์หลัก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใด ๆ มาก่อน
ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้พิมพ์หลัก/ ผู้นำส่ง
ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมา
ตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่~~เป็น~~วิทยานิพนธ์)
ลงชื่อ.....
(.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573
อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th
เว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>