



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม 1 ธันวาคม 2559 Vol.27 No. Suppl.1 December 2016



วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี



รายงานการวิจัย

- พลกรรณด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครุฑของแม่บ้าน จังหวัดจันทบุรี
 - พลของโปรแกรมทันตศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
 - พลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและเร่งสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
 - พลของการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการต่อผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านศึกษาศาสตร์พยาบาล
 - พลการปฏิบัติการเพื่ารวัง ป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
 - คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
 - การพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 - การพัฒนาการเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ
 - พลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีอาร์/ฟลอร์ไทม์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
 - อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - ประสิทธิภาพการใช้แบบปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- ## บทความวิชาการ
- การมีส่วนร่วมในการดูแลการเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา
 - การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model
 - การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย
 - การเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้บทบาทเป็นฐาน: ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
 - การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
- ## บทความพิเศษ
- เรื่องเล่า...ชาว (นศ.) พยาบาล

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม 1 ธันวาคม 2559

Vol.27 No. Suppl.1 December 2016

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ฝ่ายจัดการ

1. นายคณิง สัตร์รักษ์
2. นางสาวชลิตา วรภูมิพิศาล

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุนหปราน
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ข.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)

นางกาญจนา ร้อยนา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

นางสาวเพ็ญภา พิสัยพันธุ์

รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางสาวคณิสร์ แก้วแดง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา |
| 4. ดร.พรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. ผศ. ดร.อรพรรณ ไคลสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. ผศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสุมาลี ราชนิยม | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. นางสาวสมิตรา เนียมกัน | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |
| 3. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัตย์ศิริ | ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 2. ดร.มัทนา เหมชะญาติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัตน์ สุกุลสันติพร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ผศ. ดร.ถาวร มาด้น | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สถิตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาว จันทนะโสถลี | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ดร.วรพล แวงนอก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. ดร.ศรีสกุล เนียบแหลม | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ชญาดา เนตร์กระจำง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ผศ. ดร.ปราณี ชีโรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 20. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม 1 ธันวาคม 2559

Vol.27 No. Suppl.1 December 2016

หน้า

รายงานการวิจัย

- ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี
ยุพเยาว์ วัชรพรรณ สมจิต ยาใจ 1
- ผลของโปรแกรมทันตสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 17
ณรงศักดิ์ บุญเฉลียว
- ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและเร่งสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 28
เปรมทิพย์ คงพันธ์
- ผลของการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการต่อผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพ
แบบองค์รวมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาตินักศึกษายาบาล 43
เนงนภัทร รุ่งเนย
- ผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 56
พิชณันท์ วงษ์ประเสริฐ นวรัตน์ สุวรรณพอง มธุรส ทิพย์มงคลกุล
นพพร ไชยธีระกุล
- คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 67
จินกนา สุขรัตน์อมรกุล
- การพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษายาบาล 79
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
จันทร์ฉาย มณีนวษ์ จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์ เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์
- การพัฒนาบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้าน 91
กับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ
สามารถ ใจเตี้ย
- ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคไออาร์/ฟลอว์ไทม์ 104
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
ดารินทร์ สิงห์สาธิต วันเพ็ญ สุขสง วัชรชัย เพิ่มศิริวานิชย์
- อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน 123
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ดารารวรรณ ร่องเมือง ฉันทนา นาคฉัตรีย์ จีราพร ทองดี
จิตติยา สมบัติบุรณ์

ส

า

ร

บ

ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X

ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม 1 ธันวาคม 2559

Vol.27 No. Suppl.1 December 2016

หน้า

- ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ
ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
มนรศ อภิญาลึงกร วราภรณ์ ผาทอง รัตนภรณ์ ภูมิรินทร์ 139

บทความวิชาการ

- การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา
ณัฐนิชา ศรีละมัย จุไรรัตน์ วัชรอาสน์ 152
- การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model
กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง ศรีสุดา งามขำ ปลื้มจิต ไซต๊ะ
ศุภวดี แก้วเพี้ย 160
- การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแล
ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย
สุริยา ฟองเกิด ศุภรา หิมาโนโต สืบตระกูล ตันตลานุกูล 170
- การเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้บริบทเป็นฐาน:
ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น
ศิราณี ศรีหาคาศ วัชร อมรโรจน์วรุตม์ สุพจน์ แก้วบุตดี 179
สมใจ เจียรพะงษ์ ณรงค์ คำอ่อน ธาณี กล่อมใจ
- การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม 189

บทความพิเศษ

- เรื่องเล่า..ชาว (นศ.) พยาบาล
ลลิตา ฉายาชาลิต 199

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 27 ฉบับเพิ่มเติม 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการบริหารการพยาบาล สำหรับบทความวิชาการได้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอด การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ และการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนบทความพิเศษนั้นเป็นเรื่องเล่าจากนักศึกษาพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ในด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมากวารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอในสาระหลักเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุขและสุขภาพอีกเช่นเคย ดังนั้น หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการหรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการตามคำแนะนำที่อยู่ด้านหลังของวารสารฯ ฉบับนี้

คณิศร แก้วแดง
บรรณาธิการ

ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี Effects of Pregnancy on Health, Society, and Finance of Teenage Mothers Living in Chanthaburi Province

ยุพเยาว์ วิศพรณัฏ, ศศ.ม. (การพัฒนาคอครอบครัวและสังคม) *

Yuppayao Wisaphan, M.H.Econ. (Family and Social Development) *

สมจิต ยาใจ, ศศ.ม. (การพัฒนาคอครอบครัวและสังคม) **

Somchit Yajai, M.H.Econ. (Family and Social Development) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่นและสามี และเพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเป็นแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี จำนวน 300 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตเป็นแม่วัยรุ่น สามี และแม่ของแม่วัยรุ่น จำนวนกลุ่มละ 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 7 ส่วน หากค่าความเชื่อมั่น 2 ส่วน ได้ค่าเท่ากับ .85 และ .73 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) แม่วัยรุ่นมีอายุขณะคลอดบุตรคนแรกอยู่ในช่วง 15-17 ปี การศึกษาขณะเริ่มตั้งครรภ์ คือ ระดับมัธยมศึกษา ครั้งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ พักอาศัยกับพ่อแม่ ส่วนสามีมีอายุอยู่ในช่วง 16-19 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพปัจจุบันคือ รับจ้าง/ลูกจ้าง บางส่วนไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) ผลกระทบด้านสุขภาพ แม่วัยรุ่นมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด ส่วนบุตรมีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาลหนึ่งในสี่ไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการ 3) ผลกระทบด้านสังคม แม่วัยรุ่นครึ่งหนึ่งเลี้ยงดูบุตรในระยะ 6 เดือน หลังคลอด ด้วยนมแม่อย่างเดียว เป็นผู้เลี้ยงดูบุตรเอง การใช้รายของแม่วัยรุ่นและสามีไม่พอใช้ แต่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ สัมพันธภาพกับครอบครัวและสามีอยู่ในระดับปานกลาง เกือบทุกคนไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม การยอมรับของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจแม่วัยรุ่นสูญเสียโอกาสทางการศึกษา และโอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าโรงเรียนควรมีการติดตามนักเรียนที่ตั้งครรภ์ และสนับสนุนให้ได้กลับเข้าศึกษาต่อในระบบการศึกษา ส่วนบุคลากรทางสุขภาพควรจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์ แม่วัยรุ่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

Abstract

This mixed methods research aimed to determine the demographic data of teenage mothers and their spouses and to examine effects of pregnancy on health, society, and finance of teenage mothers. Samples for surveying consisted of 300 teenage mothers living in Chanthaburi Province. Key informants for interviewing and observation consisted of 5 for each group (teenage mothers, their spouses, and their mothers). The research instruments composed of a 7-part questionnaire with the reliability for 2 parts of .85 and .73., an in-depth interview guide, and an observation form. Data were collected from July to August, 2012. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Results revealed that 1) teenage mothers' characteristics: they gave first birth while aged 15-17 years old, pregnant while studying at secondary level, almost half of them had no occupation, and stay with their parents. About their spouses, aged 16-19 years old, studying at secondary level, present occupation was employee, and some of them had no occupation; 2) effects of pregnancy on health: teenage mothers had complications during pregnancy, in labor, and post partum. About their children, it was found that they had complications while staying at hospital, and a quarter of them had not received development assessment; 3) effects of pregnancy on society: a half of teenage mothers fostered their children by breastfeeding for 6 months, fostered their children by themselves, their income were indigent but they got parents support, relationship with family and spouse were at moderate level, almost had not received social support, and social accepting was at a moderate level and 4) effects of pregnancy on finance: teenage mothers lost educational and working opportunities.

This study suggested that the undertakers in school should follow their teenage mothers as well as encourage them to enroll in educational system. Moreover, health care providers should promote friendly service for pregnancy prevention among teenagers.

Keywords : Pregnancy, Teenage mother, Health, Society, Finance

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) เพื่อสนับสนุนให้เกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนาปลอดภัยและมีคุณภาพ โดยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี ยึดหลักความสมัครใจเสมอภาค

และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชาชน สร้างประเทศให้รุ่งเรือง มั่งคั่ง และมั่นคงสืบไป โดยประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) การสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็ง 2) การส่งเสริมให้คนไทยทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรม การเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม 3) การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มี

ประสิทธิภาพ 4) การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัย การเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ 5) การพัฒนา กฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ และ 6) การพัฒนาและการสร้าง การจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์และสุขภาพ ทางเพศ ทั้งนี้มีเป้าประสงค์ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน แต่ละระดับนำไปเป็นแนวทางในการบูรณาการการดำเนินงาน เพื่อพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมป้องกันและ แก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยมี หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวง ศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม รวมทั้งองค์กรภาคเอกชนตั้งแต่ระดับประเทศลงมาถึง ระดับพื้นที่ ได้แปลงนโยบายและยุทธศาสตร์ดังกล่าวสู่ การปฏิบัติ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ของวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) โดยมีเป้าหมายเพื่อชะลออายุการมีเพศสัมพันธ์ใน วัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในวัยรุ่น ทั้งนี้ได้มี การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้อง ในการบูรณาการการวางแผนงานที่มีทิศทางที่ชัดเจน สามารถขับเคลื่อนงานเพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์และ การคลอดในวัยรุ่น รวมทั้งการดูแลแม่วัยรุ่นระหว่าง การตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด เพื่อให้แม่และเด็ก มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น (ศิริพร จิรวัดเนกุล และคณะ, 2554)

ประเทศไทยมีอัตราการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น เทียบกับจำนวนประชากรที่ตั้งครรภ์และคลอดสูงถึง 70 คน ต่อประชากร 1,000 คน ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลี และจีน มีอัตราส่วนของแม่วัยรุ่นเพียง 4-5 คน ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบว่าสถานการณ์การคลอดของแม่ที่มี อายุน้อยกว่า 20 ปี ในประเทศไทย ที่มาคลอดในโรงพยาบาล ของรัฐในช่วงปี 2547-2553 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2547 มีร้อยละ 13.86 และในปี 2553 มีถึง ร้อยละ 16.20 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

มีการคลอดเพิ่มขึ้นสองเท่า จากร้อยละ 0.20 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 0.40 ในปี 2552 และวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการคลอดเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากร้อยละ 11.20 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 15.70 ในปี 2552 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อให้เกิดปัญหาตามมา มากมาย ทั้งปัญหาด้านสุขภาพกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการตั้งครรภ์ และปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งปัญหา เหล่านี้จะพบมากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี นอกจากนี้ กรณีที่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจหรือไม่พึงประสงค์ จะส่งผลให้เกิดปัญหาการทำแท้ง ปัญหา ด้านจิตสังคมของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ทารกถูกทอดทิ้ง หรือไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูที่ต้อง เมื่อเติบโตขึ้นจะเป็นปัญหาของสังคมได้ต่อไป ส่วนปัญหา ด้านสังคมนั้น แม้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อม ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ สูญเสียโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสในการทำงาน จึงไม่มีรายได้ในการเลี้ยงดูครอบครัว ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาจเกิดการหย่าร้างในที่สุด นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นยังส่งผลให้ครอบครัวมีความผิดหวัง ได้รับความอับอาย ในสังคม ทำให้เกิดการต่อต้าน ไม่ยอมรับแม่วัยรุ่น ซึ่งส่งผล ให้แม่วัยรุ่นมีปัญหาด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ส่วนบุตรที่เกิดจากแม่วัยรุ่นนั้น พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเติบโต มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาชญากรรม หรือความรุนแรง ในรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่ควรอยู่ในช่วงของ การศึกษาเล่าเรียน การตั้งครรภ์ในช่วงนี้จึงทำให้เกิดผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอนาคตทางการศึกษา (เบญญาพร ปัญญาขง, 2553)

สำหรับจังหวัดจันทบุรี พบว่าอัตราการคลอดใน แม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 2552-2555 โดยมี อัตราการคลอด 60.80, 59.30, 67 และ 65.60 ตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข, 2555) และจากรายงานการคลอดของ โรงพยาบาลในจังหวัดจันทบุรี ในช่วงปี 2552-2554 พบว่า อัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยมี อัตราการคลอด 49.05, 50.08 และ 45.65 ตามลำดับ

จากข้อมูลของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2554) ระบุว่า อัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นของจังหวัดจันทบุรี เป็นอันดับที่ 13 ของประเทศ ถึงแม้ว่าอัตราการคลอดในแม่วัยรุ่นจะลดต่ำลง อย่างไรก็ตาม อัตราก็ยังสูงเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ซึ่งในจังหวัดจันทบุรี แม้จะเคยมีการศึกษาในกลุ่มแม่วัยรุ่นอยู่บ้าง เช่น การศึกษาความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี ของสมจิต ยาใจ และจันจิรา ใจดี (2555) แต่การศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น ด้วยวิธีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของแม่วัยรุ่น ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จึงร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี ในการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ จากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย ในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี รวมทั้งได้ข้อมูลคืนสู่สังคม เพื่อสร้างกระแสความตระหนักและความรับผิดชอบ สร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ที่จะนำไปสู่การจัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นแบบบูรณาการ อย่างเป็นรูปธรรมตามบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ ของแม่วัยรุ่นและสามี จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสังคมจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี
4. เพื่อศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการสอบถามข้อมูล และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประชากรเป็นแม่วัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) จังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) คลอดบุตรคนแรกในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 2) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 300 คน จากนั้นเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ของพื้นที่ 10 อำเภอในจังหวัด และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตามความสะดวก (convenience selection)

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) มี 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เป็นแม่วัยรุ่นจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ตั้งครรภ์ขณะเป็นนักเรียน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 5 คน กลุ่มที่ 2 เป็นสามีของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1 จำนวน 5 คน และกลุ่มที่ 3 เป็นแม่ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มที่ 1 จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มที่ 2 และ 3 คือ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสิ้น 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ซึ่งจัดทำขึ้น

ในปี พ.ศ. 2555 โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ แบ่งออก
เป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร สังคม และ
เศรษฐกิจ ของแม่วัยรุ่นและสามี ข้อมูลของแม่วัยรุ่นประกอบ
ด้วยอายุขณะคลอดบุตรคนแรก การศึกษาขณะเริ่มตั้งครรภ์
อาชีพขณะเริ่มตั้งครรภ์ การศึกษาปัจจุบัน อาชีพปัจจุบัน
การพักอาศัย สถานภาพสมรส และรายได้ จำนวน 8 ข้อ
ส่วนข้อมูลของสามีประกอบด้วยอายุ การศึกษา อาชีพ
ปัจจุบัน และรายได้ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 สุขภาพการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร
แบ่งออกเป็นสุขภาพของแม่วัยรุ่นและสุขภาพของบุตร
ข้อมูลสุขภาพของแม่วัยรุ่นประกอบด้วยการฝากครรภ์
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ วิธีการคลอดบุตร อายุครรภ์
เมื่อคลอดบุตร และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด
จำนวน 5 ข้อ ส่วนข้อมูลสุขภาพของบุตรประกอบด้วย
ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล การประเมินพัฒนาการ
โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การประเมินการเจริญ
เติบโตโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และพัฒนาการ
ตามวัย (เจ้าหน้าที่ประเมินตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และ
เด็ก) จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะ
คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ประกอบ
ด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในระยะ 6 เดือนหลังคลอด
ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำตอนกลางวัน ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็น
ประจำตอนกลางคืน การส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร เช่น
เล่นนิทาน นวดสัมผัส เล่นกับบุตร และผู้ส่งเสริมพัฒนาการ
แก่บุตร จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ
เลือกตอบ

ส่วนที่ 4 การพึงพิงครอบครัว ประกอบด้วย
ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้จ่ายของแม่วัยรุ่นและสามี การได้รับ
การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่าย จำนวน
ทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 สัมพันธภาพกับครอบครัวและสามี
แบ่งออกเป็นสัมพันธภาพระหว่างแม่วัยรุ่นกับครอบครัว
จำนวน 9 ข้อ และสัมพันธภาพระหว่างแม่วัยรุ่นกับสามี
จำนวน 9 ข้อ (เป็นคำถามเดียวกัน) รวมจำนวนทั้งสิ้น
18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ
จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง
และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้น
แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพในระดับต่ำ
(1.00-1.66 คะแนน) มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง
(1.67-2.33 คะแนน) และมีสัมพันธภาพในระดับดี (2.34-
3.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาค
เท่ากับ .85

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยเหลือ
ที่แม่วัยรุ่นได้รับจากชุมชน ประกอบด้วยการช่วยเหลือ
ด้านการเงิน การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการช่วยเหลือ
ด้านการเลี้ยงดูบุตร จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบ
เป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 7 การยอมรับของสังคม เป็นความคิดเห็น
ของแม่วัยรุ่นเกี่ยวกับการยอมรับของครอบครัว เพื่อนบ้าน
และชุมชนในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ
มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ
จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย
ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ
ได้แก่ มีการยอมรับในระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน)
มีการยอมรับในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน)
และมีการยอมรับในระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) มีค่า
ความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .73

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ มีดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview
guide) คณะผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ของศูนย์อนามัยที่ 8
นครสวรรค์ ซึ่งจัดทำขึ้นในปีพ.ศ. 2555 เป็นแบบสัมภาษณ์
แบบมีโครงสร้าง โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
ประกอบด้วยแนวคำถาม 5 ประเด็น ได้แก่ 1) สถานการณ์

สิ่งแวดล้อมของครอบครัวและปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นแม่บ้าน
2) ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ
จากการเป็นแม่บ้าน 3) ความพร้อมและการพึ่งพิงใน
การเลี้ยงดูบุตร 4) สัมพันธภาพในครอบครัว และ 5) การสูญเสีย
โอกาสทางการศึกษาและในการทำงานเพื่อสร้างรายได้

2.2 แบบสังเกต (observation form) คณะผู้วิจัย
ใช้แบบสังเกตของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ซึ่งจัดทำ
ขึ้นในปี พ.ศ. 2555 เป็นแบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง
โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ประกอบด้วยประเด็น
ในการสังเกตคือ สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วม
ของสามีและครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวม
ข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่รับผิดชอบ
งานส่งเสริมสุขภาพของแต่ละอำเภอ อำเภอละ 1 คน
ในการพิทักษ์สิทธิ์ มีการชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจาก
การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น
ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอ
ข้อมูลในภาพรวม ทั้งนี้ แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น
2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ
คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง
โดยให้เวลาตอบ 15-30 นาที

ส่วนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ
การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ดำเนินการในช่วงเวลา
เดียวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยคณะผู้วิจัย
และผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์และสังเกตผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่
บ้าน โดยใช้เวลาคนละ 45 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน
กรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร
สังคม และเศรษฐกิจ ข้อมูลสัมพันธภาพกับครอบครัว
และสามี และข้อมูลการยอมรับของสังคม วิเคราะห์ด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลสุขภาพการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ความพร้อม
ในการเลี้ยงดูบุตร การพึ่งพิงครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม
การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา และการสูญเสียโอกาส
ในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่
และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการ
วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ

1.1 แม่บ้าน มีอายุขณะคลอดบุตรคนแรก
อยู่ในช่วง 15-17 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.21 ปี (SD = 1.44)
ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.30
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.70 รองลงมาคือ ระดับมัธยม
ศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 15.30 อาชีพขณะเริ่มตั้งครรภ์
ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 65.70 การศึกษา
ปัจจุบันคือ เป็นนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 11.70
โดยศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 5.30
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 8.30 การศึกษา
นอกโรงเรียน (กศน.) คิดเป็นร้อยละ 18.70 และไม่ได้เรียน
คิดเป็นร้อยละ 64.60 อาชีพปัจจุบัน ประมาณครึ่งหนึ่ง
ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 51.30 การพักอาศัย
ส่วนใหญ่พักอาศัยกับพ่อแม่ของตนเอง/พ่อแม่ของสามี
คิดเป็นร้อยละ 78.30 รองลงมาคือ อยู่กับสามี คิดเป็น
ร้อยละ 14.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่-อยู่ด้วยกัน
คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมาคือ แยกทางกัน/หย่า/ม่าย
คิดเป็นร้อยละ 9.30 ส่วนรายได้ มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มี
รายได้ คิดเป็นร้อยละ 56 ในกลุ่มที่มีรายได้ พบว่ารายได้
อยู่ในช่วง 2,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44

1.2 สามี มีอายุอยู่ในช่วง 16-19 ปี โดยมีอายุ
เฉลี่ย 22.81 ปี (SD = 4.69) มีการศึกษาระดับมัธยม
ศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.30 ปัจจุบัน
เป็นนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 13.30 อาชีพปัจจุบันคือ รับจ้าง/
ลูกจ้าง คิดเป็นร้อยละ 57.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น

ร้อยละ 2.70 ส่วนรายได้ มีรายได้อยู่ในช่วง 2,000-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.90 และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 15.70

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นสถานการณ์สิ่งแวดล้อมของครอบครัวและปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นแม่วัยรุ่น พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นแม่วัยรุ่นมีการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ส่วนใหญ่ครอบครัวแตกแยก อาศัยอยู่กับแม่ ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวแบบชนบท มีอาชีพทำสวน คำขาย มีฐานะพอควร มีรายได้พอกินพออยู่ และส่งบุตรเรียนหนังสือในเมืองได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นสามี พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีอาชีพทำสวนทุเรียนและรับจ้าง และอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ ส่วนปัจจัยที่นำไปสู่การเป็นแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มจากการคบเพื่อนต่างเพศ เป็นแฟนกัน ไปเที่ยวด้วยกัน มีโอกาสและบรรยากาศที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ และไม่ได้ป้องกันหรือป้องกันแต่ไม่สม่ำเสมอ เพราะคิดว่าการตั้งครรภ์จะไม่เกิดขึ้น เมื่อพ่อแม่ทราบว่ามีบุตรสาวตั้งครรภ์

รู้สึกโกรธมาก แต่สุดท้ายก็ยินยอมให้บุตรสาวตั้งครรภ์ต่อไป ไม่คิดจะให้ทำแท้ง และเมื่อมีหลานก็ยินดี มีความสุขกับหลาน แม้ว่าต้องอยู่ในภาวะจำยอม ต้องรับการะในการเลี้ยงดูทั้งแม่วัยรุ่นและหลาน โดยให้ความคิดเห็นว่า “จะอย่างไรก็ได้ ก็ท้องแล้ว ต้องเลี้ยงกันไป”

2. ผลกระทบด้านสุขภาพ

2.1 สุขภาพของแม่วัยรุ่น พบว่าแม่วัยรุ่นมาฝากครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 95 โดยฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 8.77 มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 15.33 ในจำนวนนี้ ทุกคนมีภาวะโลหิตจาง คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ คิดเป็นร้อยละ 17.39 วิธีการคลอดบุตร ส่วนใหญ่คลอดปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.67 รองลงมาคือ ผ่าตัดคลอด คิดเป็นร้อยละ 15 อายุครรภ์เมื่อคลอดบุตร ส่วนใหญ่คือ 38-42 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 80.67 และน้อยกว่า 38 สัปดาห์ ร้อยละ 19.33 และมีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 21 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 300)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝากครรภ์	15	5.00
ฝากครรภ์	285	95.00
- ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	25	8.77
- อายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป	260	91.23
ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์		
ไม่มี	254	84.67
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	46	15.33
- ภาวะโลหิตจาง	46	100.00
- ภาวะครรภ์เป็นพิษ	8	17.39
- ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	2	4.35
- เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2	4.35
วิธีการคลอดบุตร		
คลอดปกติ	248	82.67
ใช้เครื่องมือช่วยคลอด	7	2.33
ผ่าตัดคลอด	45	15.00
อายุครรภ์เมื่อคลอดบุตร		
น้อยกว่า 38 สัปดาห์ (ก่อนกำหนด)	58	19.33
38-42 สัปดาห์ (ครบกำหนด)	242	80.67
ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด		
ไม่มี	237	79.00
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	63	21.00
คลอดก่อนกำหนด	58	92.06
ตกเลือด	7	11.11

2.2 สุขภาพของบุตร พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.67 ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักตัวน้อย คิดเป็นร้อยละ 75 และภาวะตัวเหลือง คิดเป็นร้อยละ 25 การประเมินพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินคิดเป็นร้อยละ 75.33 ในจำนวนนี้ สงสัยว่าพัฒนาการช้ากว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 9.73 โดยพบกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินถึงร้อยละ 24.67 การประเมินการเจริญเติบโตโดยใช้สมุดบันทึก

สุขภาพแม่และเด็ก ส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน คิดเป็นร้อยละ 88.67 เมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักกับอายุ และเปรียบเทียบกับส่วนสูงกับอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นไปตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 87.59 และ 86.84 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักกับส่วนสูง พบว่าส่วนใหญ่สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 85.71 ส่วนพัฒนาการตามวัย พบว่าส่วนใหญ่ทำได้ทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 75.33 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุตร จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ (n = 300)

ข้อมูลด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล		
ไม่มี	292	97.33
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8	2.67
- ภาวะน้ำหนักตัวน้อย (น้อยกว่า 2,500 กรัม)	6	75.00
- ภาวะตัวเหลือง	2	25.00
การประเมินพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก		
ไม่ได้รับการประเมิน	74	24.67
ได้รับการประเมิน	226	75.33
- ปกติ	204	90.27
- สงสัยว่าช้ากว่าปกติ	22	9.73
การประเมินการเจริญเติบโตโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก		
ไม่ได้รับการประเมิน	34	11.33
ได้รับการประเมิน	266	88.67
- เปรียบเทียบน้ำหนักกับอายุ		
ตามเกณฑ์	233	87.59
ค่อนข้างมาก/มากกว่าเกณฑ์	21	7.90
ค่อนข้างน้อย/น้อยกว่าเกณฑ์	12	4.51
- เปรียบเทียบส่วนสูงกับอายุ		
ตามเกณฑ์	231	86.84
ค่อนข้างสูง/สูงกว่าเกณฑ์	16	6.02
ค่อนข้างเตี้ย/เตี้ยกว่าเกณฑ์	19	7.14
- เปรียบเทียบน้ำหนักกับส่วนสูง		
สมส่วน	228	85.71
ท้วม/เริ่มอ้วน/อ้วน	22	8.27
ค่อนข้างผอม/ผอม	16	6.02
พัฒนาการตามวัย (เจ้าหน้าที่ประเมินตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก)		
ทำได้ทุกข้อ	226	75.33
ทำได้บางข้อ	67	22.34
ทำไม่ได้เลย	7	2.33

3. ผลกระทบด้านสังคม

3.1 ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร พบว่าแม่วัยรุ่นครึ่งหนึ่งเลี้ยงดูบุตรในระยะ 6 เดือนหลังคลอด ด้วยนมแม่อย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ นมแม่และนมผสม คิดเป็นร้อยละ 32.66 ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำทั้งตอนกลางวัน

และตอนกลางคืนคือ ตนเอง คิดเป็นร้อยละ 77 และ 79.33 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีการส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร คิดเป็นร้อยละ 88 โดยส่วนใหญ่ตนเองเป็นผู้ส่งเสริมพัฒนาการแก่บุตร คิดเป็นร้อยละ 90.15 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร (n = 300)

ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเลี้ยงดูบุตรในระยะ 6 เดือนหลังคลอด		
นมแม่อย่างเดียว	150	50.00
นมผสมอย่างเดียว	20	6.67
นมแม่และนมผสม	98	32.66
นมแม่และอาหารเสริม	20	6.67
นมผสมและอาหารเสริม	12	4.00
ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำตอนกลางวัน		
ตนเอง	231	77.00
สามี	3	1.00
ปู่ย่า / ตายาย	65	21.67
ญาติ	1	.33
ผู้เลี้ยงดูบุตรเป็นประจำตอนกลางคืน		
ตนเอง	238	79.33
สามี	20	6.67
ปู่ย่า / ตายาย	40	13.33
ญาติ	2	.67
การส่งเสริมพัฒนาการ เช่น เล่นนิทาน นวดสัมผัส เล่นกับบุตร		
ไม่มีการส่งเสริม	36	12.00
มีการส่งเสริม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	264	88.00
- โดยตนเอง	238	90.15
- โดยสามี	128	48.48
- โดยปู่ย่า / ตายาย	116	43.94
- โดยญาติ	36	12.00

3.2 การพึ่งพิงครอบครัว พบว่าการใช้จ่ายของแม่วัยรุ่นและสามีไม่พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 56 ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 67.33 และ

แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่คือ พ่อแม่ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 60.89 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามการพึ่งพิงครอบครัว (n = 300)

การพึ่งพิงครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้จ่ายของแม่วัยรุ่นและสามี		
ไม่พอใช้	168	56.00
พอใช้	132	44.00
การได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่าย		
ไม่ได้รับ	98	32.67
ได้รับ	202	67.33
แหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่าย		
พ่อแม่ของตนเอง	123	60.89
พ่อแม่ของสามี	46	22.77
ญาติ	27	13.37
เพื่อน	6	2.97

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นความพร้อมและการพึ่งพิงในการเลี้ยงดูบุตร แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่แต่งงาน (ผูกข้อมือ) และอาศัยอยู่กับครอบครัวพ่อแม่ มียา/ยาย ช่วยเลี้ยงดูบุตรและสนับสนุนค่าใช้จ่าย แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพิงค่าใช้จ่ายจากพ่อแม่ ทั้งค่าเล่าเรียน (เรียน กศน.) ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร การพึ่งพิงในการดูแลแม่วัยรุ่นและการเลี้ยงดูบุตร จึงตกอยู่ที่ครอบครัวแต่ส่วนใหญ่มีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยตนเอง ทุกคนบอกว่าหากย้อนเวลากลับไปได้ อยากเรียนหนังสืออย่างเดียว

3.3 สัมพันธภาพกับครอบครัวและสามี

3.3.1 สัมพันธภาพระหว่างแม่วัยรุ่นกับครอบครัว พบว่ามีสัมพันธภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.07, SD = .27) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบผลการวิจัยดังนี้ 1) การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ประกอบอาหาร หรือเลี้ยงดูบุตรพบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 62.30 2) การทำกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจในบ้านและนอกบ้านร่วมกัน เช่น ดูทีวี ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ ไปเที่ยว พบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.30 3) การแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ในครอบครัว พบว่าปฏิบัติบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.70

4) การมีส่วนร่วม/ช่วยตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว เช่น การเรียน การกู้ยืมเงิน การซื้อของสำคัญ พบว่าปฏิบัติบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5) การปรึกษาค้นในครอบครัวก่อนเสมอเมื่อมีปัญหาพบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.70 6) การแสดงออกถึงความห่วงใยและเอื้ออาทรกันด้วยคำพูดและการปฏิบัติ พบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.7) การโต้เถียงและการแสดงอารมณ์รุนแรงต่อกัน พบว่าไม่เคยปฏิบัติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.8) การถูกออกคำสั่งบังคับและข่มขู่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 74.70 และ 9) การทำร้ายร่างกายเมื่อทะเลาะกัน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 87.60

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อแม่วัยรุ่นทราบว่าตั้งครรภ์ส่วนใหญ่รู้สึกเสียใจ ตกใจ และไม่กล้าบอกครอบครัว แต่เมื่อครอบครัวรับรู้ในระยะแรกส่วนใหญ่รู้สึกเสียใจ ตกใจ และโกรธ เพราะต้องการให้บุตรเรียนหนังสือสูงๆ อย่างไรก็ตาม เมื่อผูกข้อมือให้ ก็ยินยอมให้ตั้งครรภ์ต่อไป เมื่อมีหลาน ส่วนใหญ่ยอมรับและดูแลช่วยเหลือในการเลี้ยงดูหลาน

ส่วนข้อมูลจากการสังเกตพบว่าแม่วัยรุ่น
มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว โดยครอบครัวจะเป็นผู้ดูแล
บุตรให้ และคอยหลอกล่อไม่ให้บุตรร้องไห้หรือรบกวน
แม่วัยรุ่นในระหว่างการสัมภาษณ์ ทั้งนี้เสี่ยงในการพูดคุย
กับแม่วัยรุ่นที่แสดงถึงความห่วงใย และจากการสังเกตของใช้
สำหรับเด็ก พบว่ามีหลากหลาย ซึ่งสื่อได้ถึงความรักใส่ใจ
และการช่วยเหลือกันในครอบครัว

3.3.2 สัมพันธภาพระหว่างแม่วัยรุ่นกับสามี
พบว่ามีสัมพันธภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.09$,
 $SD = .26$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบผลการวิจัยดังนี้
1) การทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหาร ทำงาน
บ้าน ประกอบอาหารหรือเลี้ยงบุตรพบว่าปฏิบัติเป็นประจำ
มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.90 2) การทำกิจกรรมพักผ่อน
หย่อนใจในบ้านและนอกบ้านร่วมกัน เช่น ดูทีวี ฟังเพลง
ดูภาพยนตร์ ไปเที่ยว พบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด
คิดเป็นร้อยละ 54.70 3) การแสดงความคิดเห็นได้อย่าง
เต็มที่ในครอบครัว พบว่าปฏิบัติบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 52.70 4) การมีส่วนร่วม/ช่วยตัดสินใจเรื่องสำคัญ
ของครอบครัว เช่น การเรียน การกู้ยืมเงิน การซื้อของสำคัญ
พบว่าปฏิบัติบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.40
5) การปรึกษาคนในครอบครัวก่อนเสมอเมื่อมีปัญหา
พบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.50
6) การแสดงออกถึงความห่วงใยและเอื้ออาทรกันด้วยคำพูด
และการปฏิบัติ พบว่าปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็น
ร้อยละ 54.70 7) การโต้เถียงและการแสดงอารมณ์รุนแรง
ต่อกัน พบว่าปฏิบัติบางครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.30
8) การถูกออกคำสั่งบังคับและข่มขู่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคย
ปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 73.60 และ 9) การทำร้ายร่างกาย
เมื่อทะเลาะกัน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ
84.50

ส่วนข้อมูลจากการสังเกตพบว่าสามีของแม่
วัยรุ่นซึ่งอยู่ในวัยเดียวกัน ให้ความสนใจและคอยช่วยเหลือ
บุตรไม่ให้มารบกวนในระหว่างการสัมภาษณ์ มีการหยอกล้อ
และอุ้มพาเดินไปมาภายในบริเวณบ้าน เมื่อบุตรร้องไห้จะหยิบ

นมที่เตรียมไว้มาให้บุตรทันที โดยไม่แสดงอาการรำคาญ
ให้เห็น

3.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่าแม่วัยรุ่นเกือบ
ทุกคนไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน คิดเป็นร้อยละ
99.70 และทุกคนไม่ได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และด้าน
การเลี้ยงดูบุตร คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

3.5 การยอมรับของสังคม พบว่ามีการยอมรับ
ของสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.06$, $SD = .30$)
เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบผลการวิจัยดังนี้ 1) แม่วัยรุ่น
รู้สึกไม่แน่ใจว่าการตั้งครรถ์ทำให้ชุมชนมองว่าทำตัวไม่ดี
คิดเป็นร้อยละ 41 2) การตั้งครรถ์เป็นเรื่องปกติ คิดเป็น
ร้อยละ 46.70 3) ไม่เห็นด้วยว่าชุมชนชอบตำหนิ/นินทา
วัยรุ่นที่ตั้งครรถ์ คิดเป็นร้อยละ 46.30 4) การที่พ่อแม่
จัดพิธีแต่งงาน/ผูกข้อมือให้ ทำให้ชุมชนยอมรับการมีบุตร
คิดเป็นร้อยละ 65.30 5) การที่พ่อแม่ยอมรับให้วัยรุ่นทั้งสาม
และภรรยาเข้ามาอยู่ในบ้าน เป็นเรื่องที่ดีกว่าปล่อยให้ดูแล
กันเองตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 75 6) เห็นด้วยว่าขณะ
ตั้งครรถ์ สามารถไปเรียนได้อย่างเปิดเผย คิดเป็นร้อยละ
52.30 7) การปกปิดการตั้งครรถ์เป็นการป้องกันผลกระทบ
ทางด้านจิตใจของแม่วัยรุ่นและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ
45.70 และ 8) ขณะตั้งครรถ์ต้องย้ายที่อยู่ เพราะไม่ต้องการ
ให้ใครรู้ คิดเป็นร้อยละ 73.70

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

4.1 การสูญเสียโอกาสทางการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบ
ระดับการศึกษาขณะเริ่มตั้งครรถ์กับในปัจจุบัน พบว่า
แม่วัยรุ่นกลุ่มที่ไม่ได้เรียน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.70 เป็นร้อยละ
62.30 และกลุ่มที่เรียน กศน. เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.70
เป็นร้อยละ 18.70 ส่วนการศึกษาระดับอื่นๆ พบว่า
เกิดการสูญเสียโอกาสทางการศึกษาในทุกๆ ระดับ โดยเฉพาะ
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่พบว่าลดลงจากร้อยละ
30.70 เหลือร้อยละ 8.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้น ที่พบว่าลดลงจากร้อยละ 15.30 เหลือร้อยละ 5.30
ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของแม่วัยรุ่น จำแนกตามระดับการศึกษาขณะเริ่มตั้งครรภ์กับในปัจจุบัน (n = 300)

ระดับการศึกษา	ขณะเริ่มตั้งครรภ์		ในปัจจุบัน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	86	28.67	187	62.33
ประถมศึกษา	20	6.67	3	1.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	15.33	16	5.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	92	30.67	25	8.33
ปวช.	30	10.00	2	.67
ปวส.	5	1.67	3	1.00
ปริญญาตรี	10	3.33	8	2.67
กศน.	11	3.66	56	18.67

4.2 การสูญเสียโอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการตั้งครรภ์กับในปัจจุบันพบว่าแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน ลดลงจากร้อยละ 65.70 เหลือร้อยละ 11.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.40 เป็นร้อยละ 51.30 ส่วนกลุ่มที่ทำงานนั้น ส่วนใหญ่ทำงานรับจ้างทั่วไป/กรรมกร เป็นลูกจ้างค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม/ทำไร่/ทำนา ซึ่งล้วนทำให้โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้สูงลดน้อยลง

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นการสูญเสียโอกาสทางการศึกษาและในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ เนื่องจากแม่วัยรุ่นทุกคนยัง仍是นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ทำให้สูญเสียโอกาสในการเรียนต่อ จึงเปลี่ยนเพิ่มมาเรียนต่อแบบ กศน. (แม่วัยรุ่นที่เรียนในวิทยาลัยเอกชน สามารถเรียนต่อได้) หรือจะเรียนต่อแบบ กศน. ให้จบชั้น ม.6 และเรียนให้จบจากมหาวิทยาลัยเมื่อบุตรโต อย่างไรก็ตาม ขณะนี้ส่วนใหญ่ยังเรียนไม่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หรือบางคนมีวุฒิการศึกษาสูงสุดแค่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ดังนั้นตอนนี้ส่วนใหญ่จึงอยู่บ้าน เลี้ยงดูบุตร ไม่มีอาชีพและรายได้ ซึ่งทำให้โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัวในอนาคตลดน้อยลงตามไปด้วย

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในประเด็นผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจจากการเป็นแม่วัยรุ่น พบว่าแม่วัยรุ่นทุกคนเลี้ยงลูกด้วยตนเอง รู้สึกเหนื่อย หงุดหงิด เพราะไม่ได้นอน เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในด้านสังคม รู้สึกขาดอิสระ ตอนที่ยังไม่ได้ผูกข้อมือ ก็มีเสียงนินทา สังคมไม่ยอมรับ แต่เมื่อมีการผูกข้อมือแล้วสังคมส่วนใหญ่ยอมรับ แม้ว่าจะต้องเรียนหนังสือ ในด้านเศรษฐกิจ ไม่มีงานทำ ต้องพึ่งพิงค่าใช้จ่ายจากครอบครัวพ่อแม่ ทั้งค่าเล่าเรียน (เรียน กศน.) ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความคิดว่าการตั้งครรภ์ไม่ได้ทำให้เสียอนาคต แม้แต่สามีก็มีความคิดเห็นเช่นเดียวกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจ พบว่าแม่วัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี ส่วนใหญ่มีอายุน้อย มีการศึกษาในระดับต่ำ ตั้งครรภ์ระหว่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ครอบครัวแตกแยก มีอาชีพทำสวน มีรายได้พอใช้ คบเพื่อนต่างเพศ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันการตั้งครรภ์ หลังคลอดบุตร มีโอกาสใน

การเรียนต่อลดลงในทุกระดับ ส่วนใหญ่ไม่กลับมาเรียนต่อ ต้องออกจากโรงเรียนหรือพักการเรียน เมื่อคลอดบุตรแล้ว ต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองทั้งตอนกลางวันและตอนกลางคืน ยังปรับตัวไม่ได้ และเนื่องจากขาดการเตรียมความพร้อม ทั้งในเรื่องการวางแผนสร้างครอบครัวใหม่ การครองเรือน และการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งมีการศึกษาในระดับต่ำ ทำให้โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้มีน้อย ส่วนใหญ่จึงมีอาชีพเกษตรกรรม/ทำไร่/ทำนา มีรายได้ไม่เพียงพอในการดูแลครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่น ครอบครัว และสังคม ซึ่งหากไม่มีการดูแลช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ จะส่งผลให้สังคมมีประชากรและครอบครัวที่ขาดความเข้มแข็ง ยากจน ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ ไม่สามารถเข้าถึงบริการหรือสวัสดิการทางสังคมต่างๆ ที่ควรได้รับ สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาท การกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2554) ที่ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ด้านสังคม ทำให้แม่วัยรุ่นต้องรับภาระในการดูแลบุตรและการสร้างครอบครัวโดยที่ยังไม่มีความพร้อม ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการต้องหยุดหรือออกจากระบบการศึกษา การไม่มีงานทำ ภาระค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาลขณะตั้งครรภ์ คลอด และการเลี้ยงดูบุตรของวัยรุ่นเอง ทั้งยังขาดวุฒิภาวะและความพร้อมด้านจิตใจสำหรับการเป็นแม่ ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของแม่วัยรุ่นและลูกที่เกิดขึ้นมา

ผลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย และวุฒิภาวะในการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ แม้ว่าการตั้งครรภ์นั้นจะเป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์ก็ตาม ก็ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อแม่วัยรุ่นและบุตร ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด มากกว่าการตั้งครรภ์ในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่สามารถปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้

ฝากครรภ์ตามเกณฑ์คือ ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ สาเหตุมาจากการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ การไม่สนใจตัวเองและทารกในครรภ์ และการที่ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว ทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามระยะของการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งต่อแม่วัยรุ่นและบุตร เช่น ภาวะโลหิตจางในแม่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุตรทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้บุตรมีโอกาสดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมทั้งด้านโภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการ ส่งผลให้การเจริญเติบโตด้านร่างกาย ด้านพัฒนาการทางสติปัญญาและการเรียนรู้ ด้อยกว่าบุตรที่เกิดจากแม่ในวัยอื่นที่มีความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา (2556) ที่ศึกษาการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี มีน้ำหนักเพิ่มระหว่างตั้งครรภ์น้อยกว่า จำนวนการฝากครรภ์ครบน้อย และพบภาวะโลหิตจางมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ และมีความเสี่ยง 1.68 เท่า ที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย ทั้งนี้ จากการที่แม่วัยรุ่นไม่ได้รับการดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ช้า ไม่ได้รับการตรวจร่างกาย และไม่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตัวเองและทารกในครรภ์ ขาดการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ และขาดการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ซึ่งปัจจัยข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่ ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่าอายุครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด

ผลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบด้านสังคม พบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ขณะยังเป็นนักเรียนมีอายุน้อย ขาดการเตรียมความพร้อม รวมทั้งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ จึงต้องอยู่ในภาวะจำยอมให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไป แม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมในทุกด้าน รวมทั้งต้องออกจากโรงเรียนมาอยู่บ้านตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์

และต้องเลี้ยงดูบุตร จากนักเรียนต้องเปลี่ยนมารับบทบาท “แม่วัยใส” อยู่ในสภาพ “เด็กเลี้ยงเด็ก” และส่วนใหญ่ไม่มีงานทำ ต้องอยู่บ้าน เลี้ยงดูบุตร ซึ่งแม่วัยรุ่นต้องการการดูแลช่วยเหลือด้วยความเข้าใจจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุการ์ อวสกุลสุทธิ (2555) ที่ศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม-เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขต 2 จังหวัด สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท พบว่าแม่วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยขณะคลอดบุตรคนแรก 18 ปี เป็นนักเรียน ร้อยละ 51.50 หลังคลอดกลับเข้าเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 5.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.25 และพักอาศัยกับพ่อแม่ตนเอง/พ่อแม่สามี ร้อยละ 72 จากการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งแม่วัยรุ่นและครอบครัวไม่ได้เตรียมความพร้อมรับสภาวะการณณ์เช่นนี้มาก่อน จึงส่งผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวล และหากแม่วัยรุ่นไม่ปรับตัวเพื่อทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น คิดว่าตนเองไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่กล้าที่จะเข้าร่วมกิจกรรมกับคนในชุมชน อาจทำให้ไม่ใส่ใจที่จะอบรมสั่งสอนบุตร ส่งผลให้บุตรกลายเป็นปัญหาของสังคมได้

ผลการวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่สูญเสียโอกาสทางการศึกษา การที่ต้องเลิกเรียนตั้งแต่อายุยังน้อย นอกจากจะทำให้ไม่สามารถหางานที่ดีและมีรายได้สูงตามที่ต้องการแล้ว ยังส่งผลอย่างต่อเนื่องต่อคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะผลในระยะสั้น ทำให้ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องอยู่บ้านเพื่อเลี้ยงดูบุตร ส่วนกลุ่มที่ทำงานส่วนใหญ่ก็จะเป็นงานรับจ้างทั่วไป/กรรมกร เป็นลูกจ้างค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกรรม/ทำไร่/ทำนา ทำให้โอกาสในการทำงานเพื่อสร้างรายได้สูงลดน้อยลง และเกิดความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสในการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน สอดคล้องกับคำกล่าวของสุวชัย อินทรประเสริฐ และสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล (2539 อ้างถึงในดลฤดี เพชรขว้าง, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญทา, และกัลยา จันทร์สุข, 2554) ที่ว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ต้องหยุดการศึกษาหรือออกจากโรงเรียน ไม่มีอาชีพ ขาดรายได้ หรือประกอบอาชีพ

ที่มีรายได้ต่ำ ครอบครัวไม่ร่ำรวย จากสถานการณ์ข้างต้นอาจส่งผลให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอลงในอนาคตความสามารถในการเป็นพ่อแม่ต้นแบบที่มีคุณภาพให้บุตรได้เรียนรู้ลดน้อยลง ครอบครัวมีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูบุตรลดลง แม่วัยรุ่นและครอบครัวเห็นความจำเป็นด้านเศรษฐกิจมากกว่าความตระหนักในสุขภาพของแม่และบุตร ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความเหนียวแน่นน้อยลง และสมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กันน้อยลง

จังหวัดจันทบุรี มีแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น โดยสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนงาน ผ่านกระบวนการอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนแบบบูรณาการ สนับสนุนการจัดบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวรหลังคลอดหรือหลังแท้งให้แก่แม่วัยรุ่นก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลทุกราย เร่งรัดการสร้างแกนนำสุขภาพวัยรุ่นในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับโครงการ To Be Number One และเชื่อมโยงการดำเนินงานกับบริการของศูนย์ช่วยเหลือสังคม (One Stop Crisis Center: OSCC) สร้างและพัฒนาทีมนักจัดการสุขภาพวัยรุ่น (Teen Manager) ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และสร้างระบบเชื่อมโยงการดูแลช่วยเหลือนักเรียน “โครงการ 1 โรงพยาบาล 1 โรงเรียน” รวมทั้งพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานลดการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น และพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีกลยุทธ์การดำเนินงานภายใต้แนวคิด “อำเภอเลิศฤทธิ์” ที่สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบในการบริหารจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจังหวัดจันทบุรี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่าแม่วัยรุ่นต้องออกจากโรงเรียนระหว่างการตั้งครรภ์ และไม่ได้กลับเข้าศึกษาต่อส่งผลให้ขาดโอกาสทางการศึกษาและการประกอบอาชีพที่มี

รายได้สูง ดังนั้น โรงเรียนควรมีระบบการติดตามนักเรียนที่ด้อยเกรด และสนับสนุนให้ได้กลับเข้าศึกษาต่อในระบบการศึกษา หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการศึกษานอกระบบ โดยครอบครัวควรให้กำลังใจและสนับสนุนให้แม่วัยรุ่นได้ศึกษาต่อ

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนั้น นุศลากรทางสุขภาพในชุมชนควรจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรแก่วัยรุ่นและเยาวชนเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่สถานศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหามาตรการและกลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในแม่วัยรุ่น อันจะเป็นองค์ความรู้ในการจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ครอบคลุมทุกมิติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). รายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาท การกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงาน. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- ดลฤดี เพชรขว้าง, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญทา, และกัลยา จันทร์สุข. (2554). การตั้งครรภ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น. สืบค้น วันที่ 2 พฤศจิกายน 2559, จาก mis.bcnpy.ac.th/webapp/research/myfile/2-54.pdf
- เบญจพร ปัญญา. (2553). การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ปัญญา สันนพานิชกุล, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2556). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น: ปัจจัยทางด้านการตลาดที่มีผลต่อการก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 38(2), 147-156.

ศิริพร จิรวัดณ์กุล, และคณะ. (2554). การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อม. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สมจิต ยาใจ, และจันจิรา ใจดี. (2555). ความคิดเห็นและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดจันทบุรี (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี.

สุภาว อวสกุลสุทธิ. (2555). การศึกษาผลกระทบทางด้านสังคม-เศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขต 2 จังหวัดสระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี และชัยนาท (รายงานผลการวิจัย). ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ผู้แต่ง.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปาก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6

The Effects of Dental Health Education Program on Modifying Oral Health Behaviors in the 6th-year Primary Education Students

ณรงศักดิ์ บุญเฉลียว, วท. (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล) *

Narongsak Bunchaleow, Dip. (Oral and Maxillofacial Surgery) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปากของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งใน จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 61 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมทันตสุขภาพ แบบวัดความรู้เรื่องทันตสุขภาพที่มีค่าความเชื่อมั่น .73 มีค่า ความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .40-.80 และ .20-.80 ตามลำดับ แบบวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัย ช่องปากที่มีค่าความเชื่อมั่น .67 และแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.878, p < .001$ และ $t = 12.975, p < .001$ ตามลำดับ) และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.458, p < .001$ และ $t = 10.619, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบ จุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.498, p < .001$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.900, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางทันตสุขภาพควรนำโปรแกรมทันตสุขภาพนี้ไปใช้ในการ จัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือการเรียนการสอน รวมถึงใช้ในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการ สุขภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมทันตสุขภาพ ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก ปริมาณคราบจุลินทรีย์ นักเรียนประถมศึกษา

* ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of Dental Health Education Program on modifying oral health behaviors in students. Subjects consisted of 61 6th-year primary education students studying at a school in Surin province. They were divided into 2 groups, 31 for an experimental group and 30 for a control group. The research instruments composed of the Dental Health Education Program, a test for dental health knowledge with the reliability of .73, with the difficulty and the discrimination within the range of .40-.80 and .20-.80, respectively, a scale for oral hygiene behaviors with the reliability of .67, and a record form for amount of plaque. The implementation and data collection were conducted from July to November, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

Results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant higher scores of dental health knowledge and oral hygiene behaviors than before the experiment ($t = 12.878, p < .001$ and $t = 12.975, p < .001$, respectively) and higher than those in the control group ($t = 6.458, p < .001$ and $t = 10.619, p < .001$, respectively). Additionally, it was found that after the experiment, the experimental group had statistically significant lower score of amount of plaque than before the experiment ($t = 14.498, p < .001$) and lower than that in the control group ($t = 11.900, p < .001$).

This study suggested that dental health personnel should adopt this dental health education program in educational activities, including in dental health problems solving among healthcare service networks.

Keywords : The Dental Health Education Program, Dental health knowledge, Oral hygiene behavior, Amount of plaque, Primary education student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทันตสุขภาพ (dental health) เป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพโดยรวม หากมีปัญหาด้านทันตสุขภาพเกิดขึ้น อาจเป็นสาเหตุซ้ำเติมให้โรคลุกลามมากขึ้น และอาจมีผลกระทบต่อการออกเสียง บุคลิกภาพ ที่สำคัญคือ เป็นแหล่งของการติดเชื้อ โดยเชื้ออาจแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ (จรัสพร ปัสคำคำ, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, และสมคิด ปรามภัย, 2559) ทั้งนี้ ปัญหาอนามัยช่องปากของเด็กไทยเป็นปัญหาที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะเด็กนักเรียนช่วงชั้นปฐมวัยและประถมศึกษา ซึ่งเป็นวัย

ของการวางรากฐานที่สำคัญของชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการพัฒนาด้านต่างๆ การเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบในวัยนี้ จะใช้เป็นเครื่องทำนายแนวโน้มของการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่ และใช้เป็นตัวแทนเปรียบเทียบความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปากของประเทศต่างๆ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุ ร้อยละ 52.30 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุด เท่ากับ 1.30 ซี่/คน เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 29.10 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวง

สาธารณสุข, 2556) และจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ จังหวัดสุรินทร์ปี พ.ศ. 2557 และ 2558 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุ ร้อยละ 62.40 และ 62 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 1.80 และ 2.50 ซี่/คน ตามลำดับ โดยพฤติกรรม การบริโภคและการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กกลุ่มนี้ พบว่าบริโภคน้ำหวานมากกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 52.50 และ 66.90 ตามลำดับ บริโภคน้ำอัดลม ร้อยละ 23.80 และ 33.10 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็ก บริโภคขนมกรุบกรอบเฉลี่ย 0.90 และ 1.50 ครั้งต่อวัน ตามลำดับ ซึ่งเด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทั้งโรงเรียน ทุกวัน ร้อยละ 80.70 และ 62.60 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2558 เด็กเข้ารับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี ร้อยละ 48.70 (กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์, 2558; 2559) จะเห็นได้ว่าโรคฟันผุมี อัตราเพิ่มมากขึ้น โดยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ที่เหมาะสมของเด็กลดลง

เด็กในช่วงวัยเรียนนี้จะถูกคาดหวังให้สามารถ จัดการพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ข้อมูล จากการติดตามประเมินของกองทันตสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2545 พบว่าแทบไม่มีการจัดการเรียนรู้เรื่องทันตสุขภาพ ในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาเลย ไม่ว่าจะเป็นการจัดแยก เฉพาะหรือจัดแบบบูรณาการ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ทำให้เด็กวัยนี้ ขาดความระมัดระวังในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ส่งผลให้เกิดโรคในช่องปาก จากการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพช่องปากของพุทธา วิเศษภักดี (2550) ที่เน้นการให้บริการทันตกรรมในคลินิกอย่างเดียว พบว่า ไม่สามารถทำให้อัตราการเกิดโรคลดลง และไม่สามารถ แก้ไขปัญหาโรคในช่องปากได้ โดยเฉพาะโรคฟันผุ ซึ่งเป็น โรคที่สามารถป้องกันได้หากมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยทางเลือกหนึ่ง เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของเด็กนักเรียน

จากการศึกษาของจรัสพร ปัสสาคำ และคณะ (2559) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีผล

ต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 3 ซึ่งได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางทันตสุขภาพที่ถูกต้อง ร่วมกับทฤษฎี แรงสนับสนุนทางสังคม โดยความช่วยเหลือของครูและ ผู้ปกครองด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ และด้าน จิตใจ ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมทันตสุขภาพ โดยการมี ส่วนร่วมของครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และนักเรียนใน การส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง อย่างยั่งยืน ตามแนวคิดของ House เกี่ยวกับแรงสนับสนุน ทางสังคม (social support) (House, 1981 อ้างถึงใน สิริวิรัตน์ ผิดคำ, 2551) จึงเป็นที่มาของการศึกษาผลของ โปรแกรมทันตสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณการบริโภคน้ำตาล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณการบริโภคน้ำตาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและ หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง ทันตสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่า ก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณการบริโภคน้ำตาล น้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง ทันตสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่า

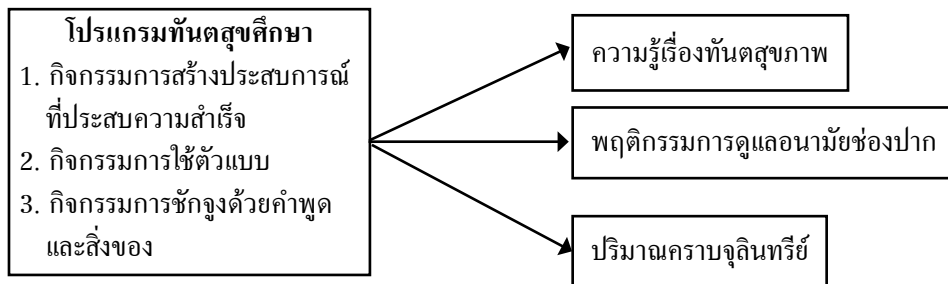
กลุ่มควบคุม

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณคราบ
จุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างถึงในสิริรัตน์

ผิวคำ, 2551) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของนักเรียนชั้นประถม
ศึกษาปีที่ 6 โดยมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 เรื่อง
ได้แก่ ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลอนามัย
ช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ สรุปเป็นกรอบแนวคิด
ในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและ
หลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)
โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงาน
คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจังหวัดสุรินทร์ ปีการศึกษา
2558 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 14 แห่ง โดยเลือกโรงเรียน 1 แห่ง
ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก ได้โรงเรียนที่มี
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 6 ห้องเรียน จากนั้นเลือก
ห้องเรียน 2 ห้อง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก
แล้วจัดนักเรียนจากห้องเรียนแต่ละห้องเป็นกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) สามารถสื่อสาร

ภาษาไทยได้ดี 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 3) ยินยอม
เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถ
เข้าร่วมกิจกรรมได้ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วม
การวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามขั้นตอนการวิจัย
และขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 31 คน
และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งสิ้น 61 คน ซึ่งเป็นไปตามหลักการกำหนดขนาดตัวอย่าง
ของวิชชัย วรพงศธร (2543) ที่ว่าขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม
ในการวิจัยแบบทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน
ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
โปรแกรมทันตสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์
แผนการให้สุขศึกษา ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของ
นักเรียน ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 3 กิจกรรม
ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องทันตสุขภาพเกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การป้องกันและควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกบริโภคอาหารที่ไม่ทำอันตรายต่อฟัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่ออนามัยช่องปาก และการทำความสะอาดช่องปาก สื่อที่ใช้ได้แก่ วิดีทัศน์ ภาพพลิกโปสเตอร์ และเอกสารแผ่นพับ 2) การสาธิตวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน สื่อที่ใช้ คือ โมเดลสอนการแปรงฟัน แปรงสีฟัน และไหมขัดฟัน และ 3) การนำประสบการณ์เดิมของนักเรียนมาเป็นข้อมูลป้อนกลับ

กิจกรรมที่ 2 การใช้ตัวแบบ ประกอบด้วย 1) การใช้ตัวแบบที่อยู่ในกลุ่ม โดยให้นักเรียนที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมคราบจุลินทรีย์หรือไม่มีฟันผุในช่องปากเลย มาเป็นตัวแบบในการเล่าประสบการณ์การดูแลอนามัยช่องปากของตนเอง และสาธิตวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน และ 2) การใช้ตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์

กิจกรรมที่ 3 การชักจูงด้วยคำพูดและสิ่งของ ประกอบด้วย 1) การให้กำลังใจด้วยคำพูด โดยครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และผู้วิจัย 2) การเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชยตามความสำเร็จ โดยครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และผู้วิจัย และ 3) การให้รางวัล โดยผู้วิจัยมอบชุดอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากสำหรับเด็ก ซึ่งประกอบด้วยยาสีฟัน แปรงสีฟัน และน้ำยาบ้วนปาก

ทั้งนี้ โปรแกรมทันตสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ และการพักอาศัย จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ

หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (7-8 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (9-10 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) เท่ากับ .73 มีค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง .40-.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .20-.80

ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การปฏิบัติด้านการบริโภค จำนวน 12 ข้อ และการปฏิบัติด้านทันตสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (28-44 คะแนน) มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (45-59 คะแนน) และมีพฤติกรรมในระดับสูง (60-84 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .67

ชุดที่ 4 แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกที่ปรับจาก Bay and Ainamo Visible Index (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554) ใช้สำหรับประเมินสภาวะอนามัยช่องปาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามปริมาณคราบจุลินทรีย์ที่สังเกตได้ ดังนี้

0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์

1 = มีคราบจุลินทรีย์เห็นได้เล็กน้อย โดยอาจเห็นติดสีซึ่มเป็นจุด ๑บริเวณคอฟัน

2 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบบริเวณคอฟัน โดยมีปริมาณไม่เกิน 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

3 = มีคราบจุลินทรีย์เป็นแถบปกคลุมมากกว่า 1/3 ของตัวฟันทางคลินิก

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ
โรงเรียน

2. ผู้วิจัยพบครูประจำชั้น ขอความร่วมมือใน
การวิจัย รวมทั้งการแจ้งนักเรียนและผู้ปกครอง และการเตรียม
สถานที่ที่ใช้ในการวิจัย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ครูประจำชั้น และ
ผู้ปกครอง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์
ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม
ข้อมูล ดำเนินการพินิจสิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัว
จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา
เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ
นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเข้ารับบริการ
ชุดหินน้ำลาย จากนั้นผู้วิจัยบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์
ก่อนการทดลอง (pre-test) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละ
กลุ่มตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่อง
ทันตสุขภาพ และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก
ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาตอบ 15-20 นาที

5. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับวัน เวลา
และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

6. ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ในช่วงเวลาเดียวกัน ดังนี้

6.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับ
โปรแกรมทันตสุขภาพ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
เป็นเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะ
ก่อให้เกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
โดยการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับโรคฟันผุและเหงือก
อักเสบ จากนั้นสอบถามประสบการณ์เดิมของนักเรียน
เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุและ
เหงือกอักเสบ

สัปดาห์ที่ 2 การสร้างความคาดหวัง
ความตั้งใจ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมใน

การป้องกันและควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ใช้เวลา
2 ชั่วโมง โดยการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับการป้องกัน
และควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ การเลือกบริโภค
อาหารที่ไม่ทำอันตรายต่อฟัน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
เพื่ออนามัยช่องปาก และการทำความสะอาดช่องปาก
จากนั้นเป็นการสาธิตวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน
และให้นักเรียนฝึกทักษะการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟัน
จากนั้นเป็นการเรียนรู้ตัวแบบที่ดีในการดูแลอนามัยช่องปาก
การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟัน ก่อนสิ้นสุดกิจกรรม
ให้นักเรียนนำเอกสารแผ่นพับที่ใช้เป็นสื่อกลับบ้าน เพื่ออ่าน
ทบทวน

สัปดาห์ที่ 3 การกระตุ้นเพื่อให้เกิด
ความสนใจและตื่นตัวเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม
โรคฟันผุและเหงือกอักเสบ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยแบ่ง
นักเรียนออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน ให้ร่วมกันอภิปราย
เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ
จากนั้นให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอ ผู้วิจัยสรุปประเด็น
สำคัญเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุและเหงือก
อักเสบ จากนั้นผู้วิจัยกล่าวชมเชยนักเรียนกลุ่มที่นำเสนอ
ได้ดีที่สุด พร้อมให้นักเรียนกลุ่มอื่นๆ ร่วมปรบมือ เพื่อเป็น
การแสดงความยินดี และให้รางวัลเป็นชุดอุปกรณ์ทำ
ความสะอาดช่องปากสำหรับเด็กแก่นักเรียนทุกคน

สัปดาห์ที่ 1-6 ครูประจำชั้น ผู้ปกครอง
และผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคมแก่นักเรียน โดยการกระตุ้น
เตือน ให้กำลังใจด้วยคำพูด ให้คำแนะนำในการดูแลอนามัย
ช่องปากที่ถูกต้อง และเสริมแรงโดยการกล่าวชมเชย

6.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการให้ได้รับ
ความรู้ตามแนวปฏิบัติเดิม โดยครูสุศึกษาของโรงเรียน
ให้ทันตสุขภาพแบบกลุ่มในห้องเรียน ด้วยวิธีการบรรยาย
ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 ครั้ง โดยแต่ละครั้ง
ห่างกัน 1 สัปดาห์

7. หลังสิ้นสุดการทดลอง 3 เดือน ผู้วิจัยบันทึก
ปริมาณคราบจุลินทรีย์ หลังการทดลอง (post-test) แล้วให้
กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตอบแบบวัดความรู้เรื่องทันตสุขภาพ
และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก หลังการทดลอง
(post-test) โดยใช้เวลาตอบ 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลองในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2558 และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในเดือน พฤศจิกายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ ทักษะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณ คราบจุลินทรีย์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับทักษะสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.06 และ 63.33 ตามลำดับ มีอายุ 11 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.74 และ 56.66 ตามลำดับ และส่วนใหญ่พักอาศัยกับบิดา มารดา คิดเป็นร้อยละ 100 และ 93.33 ตามลำดับ ทั้งนี้

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบ จุลินทรีย์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน กับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.878, p < .001$ และ $t = 12.975, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบ จุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($t = 14.498, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ ไม่แตกต่าง จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และ ปริมาณคราบจุลินทรีย์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 31)						
ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ	7.31	1.45	9.48	.89	12.878	< .001
พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก	44.03	3.40	54.94	4.11	12.975	< .001
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	2.81	.40	1.32	.48	14.498	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ	7.33	1.12	7.67	1.27	1.011	.321
พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปาก	43.70	4.50	43.60	4.22	1.795	.083
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	2.83	.83	2.73	.45	.593	.557

3. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.458, p < .001$ และ $t = 10.619, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.900, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ	7.31	1.45	7.33	1.12	.612	.543
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	44.03	3.40	43.70	4.50	.326	.746
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	2.81	.40	2.83	.83	.269	.789
หลังการทดลอง						
ความรู้เรื่องทันตสุขภาพ	9.48	.89	7.67	1.27	6.458	< .001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	54.94	4.11	43.60	4.22	10.619	< .001
ปริมาณคราบจุลินทรีย์	1.32	.48	2.73	.45	11.900	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความรู้ของนักเรียนซึ่งได้รับฟังการบรรยายที่ถ่ายทอดในเวลาที่กำหนด และได้เห็นภาพตามความเป็นจริงโดยมีการใช้สื่อที่ชัดเจน ได้แก่ วิดีทัศน์ ภาพพลิกโปสเตอร์ และเอกสารแผ่นพับ มีการเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็น

ปัญหาที่สงสัย มีการอภิปรายกลุ่มย่อย โดยนักเรียนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญและให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งนักเรียนได้อ่านบทวนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลอนามัยช่องปากจากเอกสารแผ่นพับ ส่งผลให้นักเรียนในกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Bloom (1976) ที่ว่าความรู้ (knowledge) เป็นความสามารถในการจดจำประสบการณ์ต่าง ๆ และระลึกเรื่องราวนั้น ๆ ออกมาได้ถูกต้อง แม่นยำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรวีญา ทับทิมใส (2552) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

ช่องปากของนักเรียนที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้โรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของจรัสพร ปัสคำ และคณะ (2559) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 พบว่าหลังได้รับโปรแกรม นักเรียนมีความรู้ทางทันตสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$)

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนได้การสาธิตวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันโดยมีการใช้สื่อที่ชัดเจน ได้แก่ โมเดลสอนการแปรงฟันซึ่งกิจกรรมต่างๆ เป็นประสบการณ์ตรงที่นักเรียนสามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1975) ที่ว่าการที่บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรืออันตราย รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการได้รับอันตราย มีความคาดหวังในความสามารถของตน จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวดี มาพูนชนะ และจุริา ดวงสงค์ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของมนนัชชา กองเมืองปึก (2551) ที่ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีต่อสุขภาพช่องปากของนักเรียน

ประถมศึกษา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทันตสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$) นอกจากนี้ในการวิจัยครั้งนี้ นักเรียนยังได้เรียนรู้จากตัวแบบที่ดี รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และผู้วิจัย โดยการกระตุ้นเตือนและการแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปากที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการให้กำลังใจด้วยคำพูด การกล่าวชมเชย และการให้รางวัล ซึ่งล้วนเป็นแรงเสริมทางบวก ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981 อ้างถึงในสิริรัตน์ ผิวคำ, 2551) ที่ว่าควรให้ผู้รับการสนับสนุนได้รับการสนับสนุน เพื่อที่จะบรรลुพฤติกรรมเป้าหมาย

3. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันที่ถูกวิธี ซึ่งนักเรียนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้ปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณชัย ชงสวัสดิ์ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณคราบจุลินทรีย์ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ ผิวคำ (2551) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพในการบริหารร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

สำหรับโปรแกรมทันตสุขภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งให้ความสำคัญกับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมเพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

และการควบคุมตนเอง ทำให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปากไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธ ภัทสุทธา, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และพัชรี ดวงจันทร์ (2557) ที่ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปาก และสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปาก นอกจากนี้ ลักษณะของกิจกรรมที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม และการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้นักเรียนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติค่อนข้างดี

สำหรับกลุ่มควบคุมนั้น พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องทันตสุขภาพ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปาก และค่าเฉลี่ยคะแนนปริมาณการบ้วนจุลินทรีย์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ แต่ได้รับทันตสุขภาพแบบกลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงการให้ความรู้อย่างเดียว จึงไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องทันตสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลอนามัยช่องปาก และปริมาณการบ้วนจุลินทรีย์ของนักเรียนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางทันตสุขภาพควรนำโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือการเรียนการสอนรายวิชาสุขศึกษา รวมถึงการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในเครือข่ายบริการสุขภาพ ตามความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ โดยอาศัยความร่วมมือทั้งจากชุมชน โรงเรียน และสถานบริการของรัฐ

1.2 จากข้อมูลที่ว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการแปรงฟันวันละหลายๆ ครั้ง เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ ดังนั้นโรงเรียนควรจัดกิจกรรมให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครองได้รับทราบปัญหา และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเน้นให้

มีการสนับสนุนทางสังคมแก่นักเรียนด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพไปในทางที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพในเด็กแต่ละช่วงวัย เช่น เด็กก่อนวัยเรียน นักเรียนระดับประถมศึกษา เพื่อศึกษาประสิทธิภาพสูงสุดของโปรแกรมว่าเหมาะสมกับเด็กช่วงวัยใด เนื่องจากเด็กแต่ละช่วงวัยมีความแตกต่างกันในการเรียนรู้ เพื่อนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงเวลา และวัดผลเป็นระยะ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบพัฒนาการทางทันตสุขภาพของนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณศศิธร กระจายกลาง ที่ให้การสนับสนุน และให้คำปรึกษาอย่างดียิ่ง พร้อมทั้งช่วยตรวจทาน และปรับแก้ข้อบกพร่อง นอกจากนี้ ขอขอบคุณครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และนักเรียนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2558). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ ระดับอำเภอ จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2557. สุรินทร์: ผู้แต่ง.
- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2559). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุ ระดับอำเภอ จังหวัดสุรินทร์ ปี พ.ศ. 2558. สุรินทร์: ผู้แต่ง.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 5 ประเทศไทย พ.ศ. 2543-2544. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2554). *คู่มือและแนวทางการให้การรักษาผู้ป่วยทันตกรรม สำหรับนักศึกษาทันตแพทย์ ชั้นปีที่ 6*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- จรัสพร ปัสคำ, ณิชฤตา ศิริโสภณ, และสมคิด ปราบภัย. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนบ้านลำโรง อำเภोजอมพระ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา*, 8(2), 17-31.
- ณัฐธ แก้วสุทธา, อังสินันท์ อินทรกำแหง, และพัชรិ ดวงจันทร์. (2557). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20(2), 77-95.
- รัชชัย วรพงษ์. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พุทธา วิเศษศักดิ์. (2550). *สภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลสระนกแก้ว อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มนัษยา กองเมืองปัก. (2551). *ผลของการจัดโปรแกรมทันตสุขภาพที่มีต่อสุขภาพช่องปากของนักเรียนประถมศึกษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวดี มาพูนธนะ, และรุจิรา ดวงสงค์. (2555). *ผลของโปรแกรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเหงือกอักเสบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/55/cdgrc13/files/mmp4.pdf>
- วิรัช ทับทิมใส. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่เป็นโรคเหงือกอักเสบ* โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สิริรัตน์ ผิวคำ. (2551). *ผลของการประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพในการบริหารร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนประถมศึกษา เขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครพนม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรุณณีย์ ธงสวัสดิ์. (2550). *ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนห้วยหว้าวิทยาคม ตำบลโนนฆ้อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristic and school learning*. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 91(1), 93-114.

ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 *

Effects of Health Education Programs based on Protection Motivation Theory and Social Support on Behaviors to Prevent Complications from Kidney Disease among Type 2 Diabetic Patients *

เปรมทิพย์ คงพันธุ์, ส.ม. (การจัดการสุขภาพ) **

Premthip Kongpunt, M.P.H. (Health Management) **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม แบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อมั่น .74 มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .29-.79 และ .60-.96 ตามลำดับ แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .72-.76 และเครื่องตรวจวิเคราะห์ค่าทางห้องปฏิบัติการ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ โดยจัดทำเป็นโครงการอย่างต่อเนื่อง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

** มหบัณฑิตสาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน
ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of health education programs based on Protection Motivation Theory and social support on behaviors to prevent complications from kidney disease among type 2 diabetic patients. Samples consisted of 60 diabetic patients who were equally assigned into an experimental group and a comparison group. The research instruments composed of the health education programs based on Protection Motivation Theory and social support, a test with the reliability of .74, with the difficulty and the discrimination within the range of .29-.79 and .60-.96, respectively, the questionnaires with the reliability within the range of .72-.76, and the laboratory analyzer equipments. The implementation and data collection were conducted from June to September, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and independent *t*-test.

Results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean scores of knowledge about diabetes to prevent kidney complications, perceived severity of kidney complications, perceived susceptibility of kidney complications, self-efficacy expectation in self-care behavior, expectation in response efficacy on self-care behavior, kidney complications prevention practices, and social support than before the experiment and higher than those in the comparison group; 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean estimated glomerular filtration rate (eGFR) than before the experiment and higher than that in the comparison group and 3) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean fasting blood sugar (FBS) and microalbuminuria (MAU) than before the experiment and lower than those in the comparison group.

This study suggested that the health education programs in this study should be continuously applied for modifying behaviors to prevent kidney complications among type 2 diabetic patients in varies settings.

Keywords : Health education program, Prevention of kidney complications from diabetes, Protection Motivation Theory, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก ปัจจุบัน ประเทศไทยมีการพัฒนาวิทยาการและเทคโนโลยีในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมของประชาชน ทำให้มีแนวโน้มด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป อัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง การเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศ ดังข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 285 ล้านคนในปัจจุบัน และได้ประมาณการว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นมากกว่า 435 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 หากไม่มีการป้องกันและการรักษาที่ดี จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

จากรายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี พบว่าอัตราการป่วยเป็นเบาหวานในปี พ.ศ. 2555 สูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย โดยพบผู้ป่วยจำนวน 6,161 คน คิดเป็นอัตรา 1,306.10 ต่อประชากรแสนคน รองจากจังหวัดพิจิตร ซึ่งพบผู้ป่วยจำนวน 7,239 คน คิดเป็นอัตรา 1,317.28 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี, 2555) ทั้งนี้ โรคไตจากเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยพบประมาณร้อยละ 30.10 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย ซึ่งไม่แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงมากที่สุด ร้อยละ 37.60 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต และภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 12.90 เท่ากัน ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ร้อยละ 6.10 และภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยต้องตัดขาและเท้า ร้อยละ 14 (วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, 2551)

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 1,098 คน 1,179 คน 1,324 คน 1,608 คน และ 1,861 คน ตามลำดับ จากข้อมูลรายงานประจำปี 2556 ในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 950 คน คิดเป็นร้อยละ 51.04 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 486 คน คิดเป็นร้อยละ 26.11 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยจำนวน 184 คน เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คิดเป็นร้อยละ 9.88 มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 8.81 และมีภาวะแทรกซ้อนทางตา จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 (คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตที่พบในอัตราสูง ทั้งนี้ ผู้ป่วยเบาหวานจะมีอาการทางคลินิกเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานระยะที่ 3 ขึ้นไป โดยผู้ป่วยในระยะนี้จะไม่มีอาการผิดปกติให้เห็น นอกจากมีผลการตรวจปัสสาวะผิดปกติ (ทวี ศิริวงศ์ และอุดม ไกรฤทธิชัย, 2548)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers มีแนวคิดว่ามีบุคคลเผชิญภาวะคุกคาม เช่น ความเจ็บป่วย จะประเมินว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นเพียงใด และโรคนั้นมีความรุนแรงเพียงใด รวมทั้งประเมินการเผชิญปัญหาโดยประเมินว่าตนเองสามารถป้องกันโรคได้ และคาดหวังว่าผลลัพธ์นั้นจะเป็นผลดีกับตนเอง บุคคลนั้นจึงจะมีพฤติกรรมการป้องกัน (Rogers, 1983 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่วนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการสนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ที่ผู้ให้การสนับสนุนทำให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกรู้ว่ามีความหวังใจเมื่ออาการจากผู้ให้การสนับสนุน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน โดยเน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคล ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ (emotional support) ทำให้รู้สึกว่าได้

ความรัก ความไว้วางใจ ความจริงใจ ความเอาใจใส่การยกย่อง การเห็นคุณค่า และความผูกพัน 2) ด้านการประเมิน (appraisal support) ทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง การประเมินความสามารถและสมรรถภาพของตนเอง โดยมีการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ทำให้ได้รับความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการชี้แนะแนวทาง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ และนำไปใช้ในการปรับสภาพแวดล้อมได้ และ 4) ด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องสิ่งของ เงิน และแรงงาน (House, 1985 อ้างถึง ในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพรณี นรรมย์ (2552) ที่ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers และแรงสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมุ่งพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น เกิดจากสององค์ประกอบหลักที่สำคัญคือ การประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยง และการประเมินว่าตนเองสามารถจะเผชิญการแก้ไขปัญหานั้นได้ และจะมีผลดีเกิดขึ้นกับตนเอง โดยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของภาวะไตวายจากเบาหวาน ให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงอันตรายที่อยู่ใกล้ตัว จึงต้องมีการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ส่วนแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุน

สิ่งต่างๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1985 อ้างถึง ในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) โดยประยุกต์ใช้การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน โดยการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆ ที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยด้วยโรคไตจากเบาหวาน และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ระหว่าง

กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม และอัตราการกรองไต มากกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง

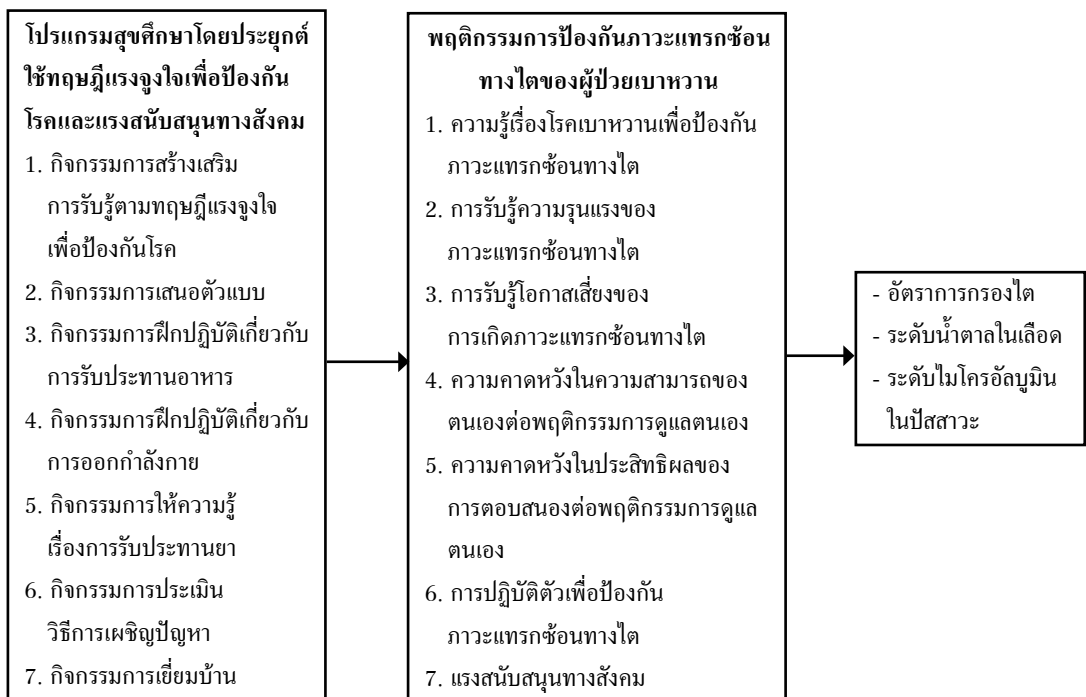
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังใน

ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม และอัตราการกรองไต มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1985 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 35-50 ปี และมีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 126 mg/dl ขึ้นไป อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 2,118 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนทางไต 2) ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยา 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนของการวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักของรวิชัย วรพงษ์ (2543) ที่ว่าขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มในการวิจัยแบบทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการจับคู่ตามเพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน ค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983 อ้างถึงในจุฬารัตน์ โสตะ, 2554) และแรงสนับสนุน

ทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเสริมการรับรู้ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน สื่อที่ใช้ได้แก่ วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โมเดลตุ๊กตา 7 สี และเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางไต

กิจกรรมที่ 2 การเสนอตัวแบบ โดยให้ตัวแบบด้านบวกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน และให้ชมวีดิทัศน์ตัวแบบด้านลบที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน สื่อที่ใช้คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และวีดิทัศน์

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลือกชนิดอาหารที่ถูกต้องและในปริมาณที่เหมาะสม และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่เหมาะสม 2) การฝึกคำนวณปริมาณโซเดียมที่เหมาะสมในแต่ละวันจากข้อมูลโภชนาการตามฉลากผลิตภัณฑ์อาหาร และ 3) การประเมินความเหมาะสมของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ สื่อที่ใช้ได้แก่ โมเดลอาหาร ผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส และฉลากผลิตภัณฑ์อาหารตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 4 การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย การเลือกประเภทการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม การประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย และวิธีการออกกำลังกาย และ 2) การสาธิตวิธีการออกกำลังกายแบบง่าย ที่สามารถกลับไปฝึกปฏิบัติได้เองที่บ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับนักกายภาพบำบัด

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการรับประทานยา เป็นการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาตามหลักที่ถูกต้อง ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับเภสัชกร

กิจกรรมที่ 6 การประเมินวิธีการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1) การประชุมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1-5 2) การเน้นข้อดีที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน และ 3) การให้กำลังใจ และการแนะนำความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ ซึ่งประเมินจากคำดัชนีมวลกาย

กิจกรรมที่ 7 การเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตและติดตามผล โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวานหลังเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยเตือนเรื่องการตรวจตามแพทย์นัด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน คำดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน การรับประทานยาสมุนไพร และบุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-8 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (12-15 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (10-14 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับสูง

(23-30 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (10-14 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับสูง (23-30 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับต่ำ (10-14 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับสูง (23-30 คะแนน)

2.6 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคาดหวังในระดับต่ำ (10-14 คะแนน) มีความคาดหวังในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และมีความคาดหวังในระดับสูง (23-30 คะแนน)

2.7 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 9 ข้อ และการรับประทานยา จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติทุกวัน ส่วนการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติตัวในระดับต่ำ มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติตัวในระดับสูง

2.8 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (10-14 คะแนน) มีแรงสนับสนุนในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และมีแรงสนับสนุนในระดับสูง (23-30 คะแนน)

2.9 เครื่องตรวจวิเคราะห์ค่าทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) เครื่อง Auto-Chemistry Analyzer รุ่น Accurizer auto Chem 400 ใช้สำหรับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และค่า serum creatinine เพื่อทำการวิเคราะห์อัตราการกรองไต (eGFR) ซึ่งมีการควบคุมจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง และ 2) เครื่อง Dirui H-500 Urine Analyzer ใช้สำหรับการตรวจระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ (urine microalbumin) โดยมีการควบคุมจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .87 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .74 หากค่าความยากง่าย ได้ค่าอยู่ในช่วง .29-.79 และหากค่าอำนาจจำแนก ได้ค่าอยู่ในช่วง .60-.96 ส่วนแบบสอบถามรายการที่ 2.3-2.8 หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .76, .74, .72, .74, .74 และ .74 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับการตรวจค่าอัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ก่อนการทดลอง (pre-test) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ รวมทั้งสิ้น 8 ชุด ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 40 นาที

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง

5. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1-6 ใช้เวลากิจกรรมละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนในช่วงสัปดาห์ที่ 7-11 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลอง ร่วมกับพยาบาลผู้รับผิดชอบและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ สำหรับในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวต่างๆ ให้วางแผนทางการดูแลตนเองร่วมกัน และกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ รวมเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มรับการตรวจค่าอัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ หลังการทดลอง (post-test) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตอบแบบสอบถามและแบบทดสอบ รวมทั้งสิ้น 7 ชุด (ยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป) หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 40 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลทั่วไป และข้อมูล ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับ น้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ แทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโคร อัลบูมินในปัสสาวะ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test และ 3) การเปรียบเทียบตัวแปรในข้อ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.70 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.60 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีระยะการเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 76.70 เท่ากัน โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.65 (SD = 4.17) เท่ากัน มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็น

ร้อยละ 56.70 และ 63.30 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 และ 50 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 และ 56.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.70 และ 90 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มี ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 73.30 ตามลำดับ รับประทานยาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 73.30 ตามลำดับ และมีบุคคลที่ดูแลเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 80 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ แทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผล ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโคร อัลบูมินในปัสสาวะ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1 มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไตมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับไมโคร อัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับ หลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	9.80	2.10	12.10	1.37	6.800	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต	16.80	1.90	21.13	1.00	15.420	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	18.56	2.76	24.00	.78	12.940	< .001
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	12.46	2.04	23.26	2.03	23.180	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	16.76	3.54	22.40	3.04	11.550	< .001
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต						
- การรับประทานอาหาร	31.83	2.10	50.43	3.14	25.160	< .001
- การออกกำลังกาย	18.23	5.11	24.53	2.28	9.500	< .001
- การรับประทานยา	26.93	5.53	32.36	1.88	7.300	< .001
แรงสนับสนุนทางสังคม	24.30	5.44	33.06	2.94	8.500	< .001

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	ก่อนการทดลอง (n = 30)		หลังการทดลอง (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อัตราการกรองไต	82.05	15.94	94.31	14.16	6.470	< .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	177.83	53.87	132.10	25.18	4.430	< .001
ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ	3.53	.89	2.33	1.15	6.000	< .001

3. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม อัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรง

ของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3 มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไตมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	12.10	1.37	9.80	2.04	5.120	.001
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต	21.13	1.00	16.30	1.68	13.480	.012
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	24.00	.78	18.13	3.32	9.390	< .001
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	23.26	2.03	17.93	3.05	7.960	< .001
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง	22.40	3.04	19.33	2.33	4.370	.034
การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต						
- การรับประทานอาหาร	50.43	3.14	32.53	.77	30.240	< .001
- การออกกำลังกาย	24.53	2.28	19.53	3.55	6.470	.019
- การรับประทานยา	32.36	3.36	18.13	3.32	4.260	.017
แรงสนับสนุนทางสังคม	23.26	2.03	17.93	3.05	7.960	< .001

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อัตราการกรองไต	22.40	3.04	19.33	2.33	4.370	.034
ระดับน้ำตาลในเลือด	132.10	25.18	186.33	64.26	4.300	.001
ระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ	2.33	1.15	3.43	.85	11.120	.003

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม และอัตราการกรองไต สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ยังไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีค่าเฉลี่ย คะแนนเกี่ยวกับตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้อัตราการกรองไตอยู่ในระดับต่ำด้วยเช่นกัน ซึ่งเมื่อ ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้ง 7 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของไพโรจน์ ชมชู (2552) ที่ศึกษาโปรแกรม สุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในชุมชนเขตเมือง โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ กลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วยบรรยายประกอบสื่อการเรียนรู้อ การอภิปรายกลุ่ม การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ ตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของ ตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และแรงสนับสนุน ทางสังคม ดีเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของราวีวัลย์ นาครินทร์ (2553) ที่ศึกษาผลการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

และแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าระดับ น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการทดลอง

2. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็น ไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองยังไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับ ไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ อยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้จัด กิจกรรมส่งเสริมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ วิถีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้อง กับการศึกษาของสุวรรณ โสพัฒน์ (2554) ที่ศึกษาผลของ การประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .05$)

3. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไต แรงสนับสนุนทางสังคม และอัตราการกรองไต สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม สุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและ

การสนับสนุนทางสังคม จึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากเบาหวานได้ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบนั้น ได้รับเพียงความรู้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมตามปกติจึงส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนและอัตราการกรองไตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของคันสนีย์ เหมือนประโคน (2553) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสอน เน้นการสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการมีผู้ดูแลในการสนับสนุน ทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การสอนเน้นการสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถ ของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ร่วมกับผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลเป็นแรงสนับสนุนในการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ เยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงระดับความคิดเห็นต่อแรงสนับสนุน ทางสังคม และพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .001$)

4. ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุน ทางสังคม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม มีการประเมินการเผชิญปัญหา ร่วมกับการกระตุ้น ให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของสหรัฐ หมิ่นแก้วคราม (2556) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้

โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรค และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการคลายความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการพบ แพทย์ตามนัด และด้านการทำความสะอาดร่างกาย มากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$) และมีค่าระดับน้ำตาลลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ต่อไปโดยจัดทำ เป็นโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ ถูกต้องและเหมาะสม

1.2 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่นเภสัชกร แพทย์ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษา เบาหวานที่ถูกต้อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด กรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ควรแนะนำวิธี การใช้ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดผล ข้างเคียงต่างๆ

1.3 บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เบาหวานในชุมชน เช่น พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ควรแนะนำ กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจ ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค รวมทั้งอธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความ สำคัญของการดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ป่วยใน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตาม การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี. (2556). *ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ประจำปี 2556*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวี ศิริวงศ์, และอุดม ไกรฤทธิชัย. (บ.ก.). (2548). *กลเม็ดเคล็ดลับ ทำอย่างไรดีไม่ป่วย*. กรุงเทพฯ: ส.พิจิตรการพิมพ์.
- รัชชัย วรพงษ์ธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพโรจน์ ชมชู. (2552). *โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในชุมชนเขตเมืองของสถานีอนามัยบางเขน หมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ราไฟวัลย์ นาครินทร์. (2553). *ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สถานีอนามัยบ้านโพธิ์น้อย อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วันสันทน์ รุจิพัฒน์. (2551). *รายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2550 (Chronic disease surveillance: 2007)*. นนทบุรี: สำนักโรคควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- คันสนีย์ เหมือนประโคน. (2553). *ผลของโปรแกรมการสอนเน้นการสร้างแรงจูงใจร่วมกับมีผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สร้ง หมื่นแก้วกรม. (2556). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. ปราจีนบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สุปราณี นรรมย์. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในตำบลหนองตม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุวรรณ โสพัฒน์. (2554). *การประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตตำบลแหม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ผลของการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการต่อผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพ แบบองค์รวมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล Effects of Integrated Learning Method on the Learning Outcomes towards Concept and Principle of Holistic Health Assessment under Thai Qualifications Framework for Higher Education among Nursing Students

นงนภัทร รุ่งเนย, ก.ด. (อุดมศึกษา) *

Nongnaphat Rungnoi, Ph.D. (Higher Education) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในชั้นเรียน เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการต่อผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2554 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 68 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ กรณีศึกษา ภาพยนตร์สั้น เกม แบบประเมินผลการเรียนรู้ที่มีค่าความเชื่อมั่น .97 แบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .31-.74 และ .20-.56 ตามลำดับ และแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. หลังสิ้นสุดการเรียนการสอน นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการเรียนรู้โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .45$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 7.35$, $SD = .75$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้โดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X} = 8.61$, $SD = .92$)
2. สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลประทับใจในการจัดการเรียนรู้มี 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านกระบวนการเรียนรู้ และด้านบุคลิกภาพของผู้สอน โดยรายการที่ประทับใจมากที่สุดคือ การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและเข้าใจความแตกต่างของบุคคล (ร้อยละ 29.41) รองลงมาคือ เนื้อหาและข้อคิดที่ได้รับนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมได้จริง (ร้อยละ 26.47) และอาจารย์มีเทคนิคการสอนดีและสอนเข้าใจง่าย (ร้อยละ 25) ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้สอนควรจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการในรายวิชาอื่น โดยสอดแทรกแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย และใช้สื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ

คำสำคัญ : การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นักศึกษาพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Abstract

This classroom research aimed to examine the effects of integrated learning method on the learning outcomes towards concept and principle of holistic health assessment under Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF: HEd) among nursing students. The sample consisted of 68 second year nursing students studying at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi in academic year of 2011. The research instruments consisted of the integrated learning method, a case study, movie, games, the nursing students' assessment of learning outcomes with the reliability of .97, a test with the difficulty and the discrimination within the range of .31-.74 and .20-.56, respectively, and the learning-based questions. The implementation and data collection were conducted from June to July, 2011. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The results were as follows:

1. After finishing the integrated learning method, the overall average scores of learning outcome were at a good level ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .45$), and the overall average score of knowledge was at a good level ($\bar{X} = 7.35$, $SD = .75$). Additionally, the overall average score of analytic thinking was at a very good level ($\bar{X} = 8.61$, $SD = .92$).

2. Nursing students were impressive with the integrated learning method, which was divided into 3 aspects such as the learning outcomes, instruction processes, and lecturer's personalities. In particular, the three items with highest frequency were: 'learning of holistic condition assessment and understanding of personal difference' (29.41%), 'applicability of contents and concepts of holistic assessment in the real situation' (26.47%), and 'good teaching techniques and clear explanation of lecturer' (25%), respectively.

This study suggested that lecturers should provide the integrated learning method in other subjects, intervening concepts of humanized health care, with various teaching methods and interesting learning medias.

Keywords : Integrated learning method, Holistic health assessment, Thai Qualifications Framework for Higher Education, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยต้องเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) ในปี พ.ศ. 2558 สถาบันอุดมศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันกับนานาประเทศ การพัฒนาคุณภาพการสอนและรูปแบบการเรียนรู้ที่ดี

จะช่วยพัฒนาบัณฑิตให้มีคุณลักษณะและอัตลักษณ์ที่พึงประสงค์ได้ดียิ่งขึ้น (Joyce, Weil, & Calhoun, 2009) ขณะเดียวกัน พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 หมวด 6 กำหนดให้มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการศึกษาทุกระดับ กระทรวงศึกษาธิการจึงได้ประกาศกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications

Framework for Higher Education: TQF: HED) ซึ่งเป็นกรอบที่แสดงระบบคุณวุฒิการศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศที่กำหนดไว้เพื่อเป็นการประกันคุณภาพขั้นต่ำของบัณฑิตในแต่ละสาขา/สาขาวิชา หรือแต่ละคุณวุฒิ มุ่งเน้นการพัฒนาผลการเรียนรู้ของบัณฑิตให้ได้มาตรฐานอย่างน้อย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มุ่งพัฒนาคุณภาพของบัณฑิตให้ได้มาตรฐานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และพัฒนาบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์ที่พึงประสงค์ คือ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized health care) ซึ่งมีเป้าหมายการบริการที่สำคัญคือ การฟื้นฟูแบบองค์รวม การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร มีเมตตา เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552) สนใจมุมมองของความเจ็บป่วย (illness) ไม่ใช่เฉพาะโรค (disease) เท่านั้น แต่รวมถึงผลกระทบจากโรคและความเจ็บป่วย ความทุกข์ (suffering) ของผู้ป่วย (ประเวศ วะสี, 2552) การจัดการเรียนรู้ให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ดังกล่าว จำเป็นต้องใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการและใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย รวมทั้งมีการประเมินผลการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพิ่มขึ้น

ผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการประเมินสุขภาพโดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2553 พบว่าอยู่ในระดับดี คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 แต่เมื่อพิจารณาวิธีการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการบรรยายและมุ่งวัดความรู้โดยใช้แบบทดสอบ จึงยังไม่สามารถวัดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา

แห่งชาติในด้านอื่นๆ ได้ครบถ้วน นอกจากนี้ จากนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดอัตลักษณ์ของบัณฑิตคือ บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเน้นให้วิทยาลัยในสังกัดจัดการเรียนการสอนโดยสอดแทรกแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เป็นรูปธรรมเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้รับผิดชอบรายวิชาและผู้สอนจึงร่วมกันหาแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สามารถพัฒนาผลการเรียนรู้ที่กำหนดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ของบัณฑิตเพิ่มขึ้น สำหรับหัวข้อเรื่องแนวคิดและหลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมนั้น เป็นแนวคิดพื้นฐานในการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม กำหนดจำนวนชั่วโมงการสอนไว้เพียง 2 ชั่วโมง และมีหัวข้อย่อย 4 เรื่อง การสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียวจึงเกิดข้อจำกัดในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ไม่ครบถ้วน และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง ผู้สอนจึงต้องวิเคราะห์เนื้อหาที่จำเป็นในการบรรยายและมอบหมายงานให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเพิ่มขึ้น รวมทั้งสอดแทรกแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินสุขภาพของบุคคล ซึ่งนับว่าเป็นกระบวนการแรกที่สำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาลตามหลักของกระบวนการพยาบาลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการจะช่วยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทักษะและเจตคติได้ดี ทำให้ผู้เรียนเข้าใจความสัมพันธ์ สามารถเชื่อมโยงสาระความรู้ได้ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะองค์รวมที่ลึกซึ้งขึ้น (ทิศนา แจมมณี, 2557) และการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) จะช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี ดังที่ Jolliffe (2007) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของการเรียนรู้แบบร่วมมือว่าผู้สอนจะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้เรียนและส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผู้เรียนต้องร่วมมือกันในการทำกิจกรรม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ ขณะเดียวกัน ผู้เรียนต้องมีความรับผิดชอบตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ยาวนานกว่าการเรียนรู้การสอนด้วยวิธีการบรรยายตามปกติ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้สอนรายวิชาการประเมินสุขภาพจึงวางแผนนำแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาวิธีการสอน โดยใช้วิธีการบูรณาการเชิงวิธีการ คือ จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การสอดแทรกแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการใช้คำถาม รวมทั้งมีการส่งเสริมการเรียนรู้แบบนำตนเอง (self-directed learning) โดยการมอบหมายงานและส่งเสริมการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ทั้งนี้มีการใช้สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลาย ได้แก่ กรณีสืบศึกษา ภาพยนตร์สั้น เกม และแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และปลูกฝังเจตคติที่ดีในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งนับว่าเป็นพื้นฐานสำคัญของการประกอบวิชาชีพการพยาบาลต่อไป

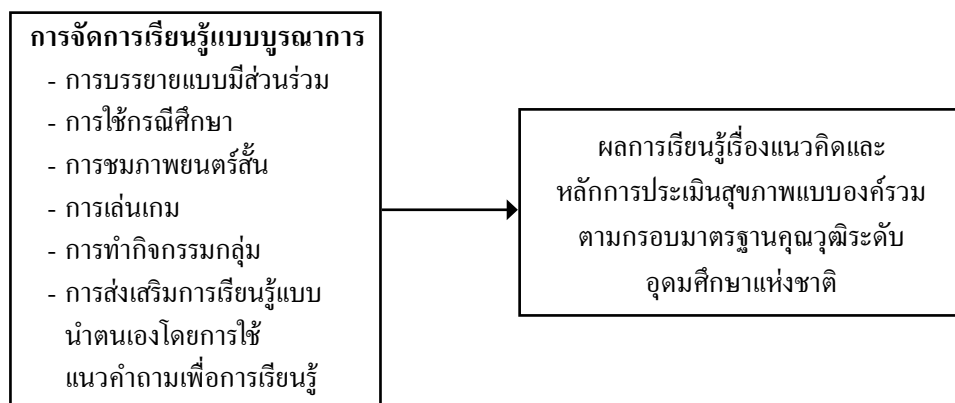
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการต่อผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมิน

สุขภาพแบบองค์รวมตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล ในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม ในเรื่องความรับผิดชอบต่อตนเอง ความตรงต่อเวลา และการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญาในเรื่องการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้อย่างเป็นระบบ 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบในเรื่องการทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบต่อตนเอง และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในเรื่องการนำเสนอผลงานและการใช้สื่อที่เหมาะสม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการกำหนดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเป็นแนวทางในการวิจัย โดยผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการเชิงวิธีการ คือ จัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบหรือวิธีการที่หลากหลาย เน้นการเรียนรู้แบบร่วมมือส่งเสริมการเรียนรู้แบบนำตนเอง และการประเมินตามสภาพจริง ซึ่งจะช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ได้ดีขึ้น (ทิสนา เชมมณี, 2557; Jolliffe, 2007; Arends, 2015) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในชั้นเรียน (classroom research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว วัดหลัง การทดลอง โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2554 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี จำนวน 68 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1) กำลังศึกษารายวิชาการประเมิน สุขภาพ 2) มั่นใจว่าจะสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน ตามที่กำหนด และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดและเปิดโอกาสให้แต่ละคน ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 68 คน ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ เคยศึกษารายวิชาการประเมินสุขภาพมาแล้ว เนื่องจากเรียนซ้ำใน ชั้นปีที่ 2 สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 วิธีการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือ 2) การใช้วิธีการสอน ที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การใช้ กรณีศึกษา การชมภาพยนตร์สั้น การเล่นเกม และการทำ กิจกรรมกลุ่ม 3) การส่งเสริมการเรียนรู้แบบนำตนเอง โดยการใช้แนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ และ 4) การศึกษา ค้นคว้าด้วยตนเอง

1.2 กรณีศึกษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ 1) สถานการณ์การประเมิน สภาพผู้ป่วยที่สอดคล้องแนวคิดการประเมินสุขภาพ แบบองค์รวม อันสะท้อนปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วย และ 2) ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่จากโรค หรือการรักษาเท่านั้น

1.3 ภาพยนตร์สั้น ผู้วิจัยคัดเลือกจากการสืบค้น ข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของ YouTube ซึ่งเป็น ภาพยนตร์สั้นที่สะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ การเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพของผู้รับบริการ

1.4 เกม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน วรรณกรรม โดยเป็นเกมเกี่ยวกับการทายสิ่งของในกระป๋อง และภาพจิ๊กซอว์ที่สะท้อนแนวคิดการประเมินสุขภาพ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะต้องค้นหาข้อมูลอย่างละเอียด โดยไม่คิดแทนผู้ป่วย

ทั้งนี้ กรณีศึกษา ภาพยนตร์สั้น และเกม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยการวิพากษ์และตรวจสอบ ความเหมาะสมของเนื้อหาจากอาจารย์ภาควิชาการพยาบาล เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินผลการเรียนรู้เรื่อง การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล สำหรับให้ผู้สอนประเมินผลการทำกิจกรรมกลุ่ม มีเนื้อหา เกี่ยวกับการประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม ในเรื่องความรับผิดชอบต่อตนเอง ความตรง ต่อเวลา และการเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็น มนุษย์ 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา ในเรื่อง การคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้อย่างเป็นระบบ 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ในเรื่องการทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ ในเรื่องการทำเสนอผลงานและการใช้ สื่อที่เหมาะสม ด้านละ 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยมาก น้อย ปานกลาง ดี และ ดีมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีผลการเรียนรู้ในระดับน้อยมาก (1.00-1.50 คะแนน) มีผลการเรียนรู้ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน)

มีผลการเรียนรู้ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มีผลการเรียนรู้ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และมีผลการเรียนรู้ในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .97

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 6 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (6.00-6.99 คะแนน) มีความรู้ในระดับดี (7.00-7.99 คะแนน) และมีความรู้ในระดับดีมาก (8-10 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 คน มีค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง .31-.74 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .20-.56

ชุดที่ 3 แนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ สำหรับให้ผู้สอนประเมินความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบบรรยาย โดยผู้วิจัยกำหนดแนวคำตอบไว้ชัดเจน เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1-2 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่า 6 คะแนน) มีความสามารถในระดับปานกลาง (6.00-6.99 คะแนน) มีความสามารถในระดับดี (7.00-7.99 คะแนน) และมีความสามารถในระดับดีมาก (8-10 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 คน

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้สอนวางแผนการจัดการเรียนรู้หัวข้อแนวคิดและหลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมในรายวิชาการประเมินสุขภาพ ร่วมกับผู้รับผิดชอบรายวิชา โดยใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ คือ กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ และขอบเขตเนื้อหา จากนั้นบูรณาการวิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบหรือวิธีการที่หลากหลาย

2. ผู้สอนวางแผนการประเมินผลการเรียนรู้ โดยจัดทำแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ แบบประเมินที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ แผนการสอน และเอกสารประกอบการสอน

3. ผู้สอนพบนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อวิชาที่กำลังศึกษา รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

4. ผู้สอนดำเนินการจัดการเรียนรู้ตามแผนที่กำหนด เป็นเวลา 2 ชั่วโมง โดยให้นักศึกษาพยาบาลแบ่งเป็นกลุ่มย่อย จำนวน 9 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จากนั้นดำเนินการสอนตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นนำ ผู้สอนนำเข้าสู่บทเรียนโดยให้ชมภาพยนตร์สั้นที่มีเนื้อหาสะท้อนการเจ็บป่วยและการเลือกใช้บริการสุขภาพ (ระยะเวลา 5 นาที) พร้อมทั้งแจกแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม กิจกรรมการเรียนการสอน และวิธีการวัดและประเมินผลใช้เวลาทั้งสิ้น 15 นาที

4.2 ขั้นสอน ผู้สอนดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.2.1 ผู้สอนให้นักศึกษาพยาบาลแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการชมภาพยนตร์สั้น ตอบคำถามตามใบงาน และสุ่มตัวแทนกลุ่มนำเสนอหน้าชั้นเรียน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 นาที และให้นักศึกษา

พยาบาลกลุ่มอื่นเสนอความคิดเห็นที่แตกต่างเพิ่มเติม ผู้สอนสรุปข้อคิดที่ได้รับ ใช้เวลาทั้งสิ้น 15 นาที

4.2.2 ผู้สอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม เกี่ยวกับความหมาย แนวคิดการประเมินสุขภาพ การประเมินสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ หลักสิทธิมนุษยชน และจริยธรรม จากนั้นให้ชมภาพจิ๊กซอว์ จำนวน 4 ภาพ ซึ่งเริ่มจากภาพตัดปะที่ไม่ได้ประกอบเป็นภาพ จนถึงการเรียงเป็นภาพที่สมบูรณ์ และร่วมกันอภิปรายแนวคิดที่ได้เรียนรู้ ผู้สอนสรุปความสำคัญของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม โดยไม่มองแยกส่วน ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 นาที

4.2.3 ผู้สอนให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนเล่นเกมทายสิ่งของในกระเป๋ โดยใช้เวลา 1 นาที และขออาสาสมัคร 3 คน มาหน้าชั้นเรียน และให้หลับตาพร้อมกับคำสั่งของในกระเป๋ จากนั้นผู้สอนเฉลย และให้ผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดบอกเทคนิคที่ใช้ในการทาย และสัมภาษณ์ความรู้สึกรู้สึกของอาสาสมัครที่ออกมาคำสั่งของเพิ่มเติม และให้เปรียบเทียบว่าทายสิ่งของได้เพิ่มขึ้นหรือไม่ ให้นักศึกษาพยาบาลแต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายแนวคิดที่ได้เรียนรู้ ผู้สอนสรุปเพิ่มเติม จากนั้นบรรยายแบบมีส่วนร่วม พร้อมยกตัวอย่างกรณีศึกษาเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของผู้รับบริการ และหลักการประเมินสุขภาพในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที

4.2.4 ผู้สอนเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลซักถาม และแจกเอกสารประกอบการสอนเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน ใช้เวลาทั้งสิ้น 5 นาที

4.3 ขั้นสรุป ผู้สอนสรุปแนวคิดรวบยอด ใช้เวลา 10 นาที โดยเน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมตามการรับรู้ของผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน จริยธรรม คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และความแตกต่างของการประเมินสุขภาพในแต่ละช่วงวัย จากนั้นมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลค้นคว้าเพิ่มเติม และตอบคำถามตามแนวคำถาม

เพื่อการเรียนรู้เป็นรายบุคคล โดยส่งงานหลังสิ้นสุดการสอน 2 สัปดาห์

5. ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้โดยใช้แบบทดสอบ และการสังเกตพฤติกรรมขณะเรียนในชั้นเรียน ได้แก่ ความตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมกลุ่ม การร่วมมืออภิปรายที่แสดงถึงเจตคติในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และการตอบคำถาม จากนั้นติดตามประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการสรุปแนวคิดรวบยอด โดยการตอบคำถามตามแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ และประเมินผลการจัดการเรียนรู้โดยให้เขียนบรรยายเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ สิ่งที่น่าสนใจ และสิ่งที่ควรปรับปรุง

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลการเรียนรู้เรื่องการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทดสอบความรู้ และจากการตอบคำถามตามแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลผลการเรียนรู้เรื่องการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทำกิจกรรมกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลผลการประเมินการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.18 และมีอายุอยู่ในช่วง 19-21 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 20.26 ปี ($SD = .67$)

2. ผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทำกิจกรรมกลุ่มของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการเรียนรู้โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 4.31$, $SD = .45$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ในเรื่องการทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบ ($\bar{X} = 5$,

SD = 0) รองลงมาคือ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในเรื่องการนำเสนอ ผลงานและการใช้สื่อที่เหมาะสม ($\bar{X} = 4.33$, SD = .47)

ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านทักษะทางปัญญา ในเรื่อง การคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้อย่างเป็นระบบ ($\bar{X} = 3.78$, SD = .63) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเรียนรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 68)

ผลการเรียนรู้	$\bar{X}$	SD
ด้านคุณธรรม จริยธรรม (โดยรวม)	4.11	.31
ความรับผิดชอบต่อตนเอง	4.07	.29
ความตรงต่อเวลา	4.00	.34
การเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	4.27	.30
ด้านทักษะทางปัญญา ในเรื่องการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยง ความรู้อย่างเป็นระบบ	3.78	.63
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ในเรื่องการทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบ	5.00	.00
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ ในเรื่องการนำเสนอผลงานและ การใช้สื่อที่เหมาะสม	4.33	.47
โดยรวม	4.31	.45

3. ผลการเรียนรู้ด้านความรู้เรื่องแนวคิดและ หลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทดสอบ ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมในระดับดี ($\bar{X} = 7.35$, SD = .75) เมื่อจำแนกตามระดับความรู้ พบว่านักศึกษา

พยาบาลมีความรู้ในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 รองลงมาคือ ระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 41.18 และที่ น้อยที่สุดคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.76 โดยไม่พบ นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเรียนรู้ด้านความรู้เรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการทดสอบ ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับความรู้ (n = 68)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	-	-
ปานกลาง	8	11.76
ดี	32	47.06
ดีมาก	28	41.18

$\bar{X} = 7.35$, SD = .75

4. ผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาเรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการตอบคำถามตามแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้โดยรวมในระดับดีมาก ($\bar{X} = 8.61$, $SD = .92$) เมื่อจำแนกตาม

ระดับความสามารถ พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความสามารถในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 60.29 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 36.76 และที่น้อยที่สุดคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.94 โดยไม่พบนักศึกษาพยาบาลที่มีความสามารถในระดับต้องปรับปรุง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญาเรื่องแนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมจากการตอบคำถามตามแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกตามระดับความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้ (n = 68)

ระดับความสามารถในการคิดวิเคราะห์และการเชื่อมโยงความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	-	-
ปานกลาง	2	2.94
ดี	25	36.76
ดีมาก	41	60.29
$\bar{X} = 8.61$, $SD = .92$		

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการประเมินการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ มีดังนี้

5.1 สิ่งที่ได้เรียนรู้ พบว่าการให้นักศึกษาพยาบาลชมภาพยนตร์สั้น เล่นเกมทายสิ่งของในกระเป๋ และชมภาพจิ๊กซอว์ ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นได้ดี แสดงถึงการตระหนักถึงการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

“การได้ชมภาพยนตร์ ทำให้เห็นการทำงานบริการในหลายแง่มุม ชาวบ้านมีความทุกข์หลายอย่าง การที่คุณหมอสนใจ ตั้งใจ พยายาม และใส่ใจผู้ป่วย ทำให้เข้าใจปัญหาของชาวบ้าน การประเมินสุขภาพที่ดี ต้องสนใจผู้ป่วย ยินดีรับฟังปัญหาซึ่งไม่ใช่แค่โรค แต่ปัญหามีผลกระทบต่างๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียด ความวิตกกังวล”

“การเล่นเกมทายของ สอนให้รู้ว่า เราไม่สามารถประเมินสภาพของผู้ป่วยจากการมองภายนอกอย่างเดียวได้ บางครั้งการมองจากภายนอกและเดาว่าของภายในมีอะไร

เรามากคิดจากประสบการณ์ของเรา ซึ่งไม่ได้ความเป็นจริงของผู้ป่วย ยิ่งถ้าเราสามารถค้นหาปัญหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้มาก เราก็จะช่วยเหลือเขาได้ดีขึ้น”

“การได้ทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้รู้สึกประทับใจว่าเราไม่ได้แค่รักษาโรคอย่างเดียว แต่ต้องให้การพยาบาลคนไข้ด้วย ต้องมองถึงความเป็นองค์รวม สิ่งแวดล้อมรอบข้างเขาด้วย การประเมินสภาพต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ คุณค่าความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เพื่อให้การดูแลได้ตรงกับปัญหา สอดคล้องกับความต้องการของเขามากที่สุด”

นักศึกษาพยาบาลระบุว่าวิธีการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี เข้าใจการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล

“จากการได้เรียนบทเรียนนี้ ทำให้มีความตื่นตัวดีค่ะ เนื่องจากสอนให้เรารู้จักการประเมินสภาพบุคคล

แต่ละวัย ซึ่งแตกต่างกัน ทำให้เรารู้ซึ่งถึงการทำหน้าที่ของพยาบาล ไม่ใช่เพียงถามว่า เป็นอะไรมา ไปทำอะไรมา แต่ต้องมากกว่านั้น ต้องใส่ใจผู้ป่วยมากๆ เราต้องเรียนรู้จากผู้ป่วยไว้”

“การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ต้องพิจารณาทุกองค์ประกอบ คำนึงถึงผู้รับบริการ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม เราต้องใส่ใจในการบริการ มิใช่แต่จะให้บริการตามหน้าที่อย่างเดียว จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่ดีและประทับใจ ตรงกับความต้องการ”

“ประทับใจที่ได้เรียนรู้การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งมีขั้นตอนวิธีการตามลำดับ ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง การเล่นเกมทายของทำให้ได้แง่คิดหลาย ๆ อย่างก่อนการตัดสินใจ ในการจะตอบว่าในกระเป๋ามีอะไร ไม่ใช่แค่

ดูภายนอกอย่างเดียว ก็เหมือนการประเมินสภาพผู้ป่วย ซึ่งจะดูจากภายนอกอย่างเดียวไม่ได้”

5.2 สิ่งที่น่าสนใจ พบว่านักศึกษาพยาบาล ประทับใจในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านกระบวนการเรียนรู้ และด้านบุคลิกภาพของผู้สอน โดยรายการที่นักศึกษาพยาบาล ประทับใจมากที่สุดคือ การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและเข้าใจความแตกต่างของบุคคล คิดเป็นร้อยละ 29.41 รองลงมาคือ เนื้อหาและข้อคิดที่ได้รับนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมได้จริง คิดเป็นร้อยละ 26.47 และอาจารย์มีเทคนิคการสอนดี และสอนเข้าใจง่าย คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สิ่งที่น่าสนใจในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาล (n = 68)

สิ่งที่ประทับใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้		
1. การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและเข้าใจความแตกต่างของบุคคล	20	29.41
2. เนื้อหาและข้อคิดที่ได้รับนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมได้จริง	18	26.47
3. การได้เรียนรู้คุณลักษณะของพยาบาลในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม	11	16.18
4. การทำให้เกิดความรักและภูมิใจในวิชาชีพเพิ่มขึ้น	2	2.94
5. การได้แนวคิดหรือข้อเตือนใจในการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	1	1.47
6. การทำให้เกิดความตั้งใจในการเรียนเพิ่มขึ้น	1	1.47
7. การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม	1	1.47
ด้านกระบวนการเรียนรู้		
1. การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจ สนุกสนาน ไม่เครียด/ไม่น่าเบื่อ	16	23.53
2. การได้ทำกิจกรรมกลุ่ม	15	22.06
3. การเล่นเกมทายสิ่งของในกระเป๋	14	20.59
4. การได้ชมภาพยนตร์สั้น	10	14.71
5. การได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทุกคน	3	4.41
6. การได้ฝึกคิดวิเคราะห์กรณีศึกษา	3	4.41
7. การใช้สื่อการเรียนรู้ที่ดี นำไปประยุกต์ใช้ได้จริง	2	2.94
8. การให้เวลาในการทำงานล่วงหน้า	1	1.47
9. เนื้อหาการสอนกระชับ เข้าใจง่าย	1	1.47

ตารางที่ 3 สิ่งที่ประทับใจในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาล (n = 68) (ต่อ)

สิ่งที่ประทับใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านบุคลิกภาพของผู้สอน		
1. อาจารย์มีเทคนิคการสอนดีและสอนเข้าใจง่าย	17	25.00
2. อาจารย์สรุปแนวคิดรวบยอดชัดเจน	8	11.76
3. น้ำเสียงของอาจารย์ผู้สอนน่าฟัง	6	8.82
4. อาจารย์ใจดี ทำให้นักศึกษาพยาบาลกล้าซักถาม	5	7.35
5. อาจารย์เข้าใจนักศึกษาพยาบาล	1	1.47

5.3 สิ่งที่ควรปรับปรุง พบว่านักศึกษาพยาบาลบางส่วน (ร้อยละ 5.88) ต้องการให้แจกเอกสารประกอบการสอนก่อนเรียน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการที่ประกอบด้วยการส่งเสริมการเรียนรู้แบบร่วมมือ และการใช้วิธีการสอนที่หลากหลายซึ่งได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การใช้กรณีศึกษา การชมภาพยนตร์สั้น การเล่นเกม และการทำกิจกรรมกลุ่ม ร่วมกับการส่งเสริมการเรียนรู้แบบนำตนเองโดยการให้แนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ การมอบหมายงาน และการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ทำให้ผู้เรียนเกิดผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่ดี ทั้งนี้ ผลการวิจัยอภิปรายตามประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

1. การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยพัฒนาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติได้ในระดับดีถึงดีมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น (พระจักรพงษ์ ทะระมา, 2550; ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร, จินตามาศ โกศลชื่นวิจิตร, และเกษร สุวทေးศิริ, 2555; มณฑา ชุ่มสุคนธ์, นิลมณี พิทักษ์, และอังคณา ตุงคะสมิต, 2557) โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์

และการเชื่อมโยงความรู้โดยรวมในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยให้เกิดการคิดวิเคราะห์ ช่วยพัฒนาทักษะทางปัญญาได้ เมื่อให้นักศึกษาพยาบาลศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมและตอบคำถามตามแนวคำถามเพื่อการเรียนรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นแนวคำถามที่เน้นการวิเคราะห์ การเชื่อมโยง และการบูรณาการความรู้ พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ตอบคำถามได้ถูกต้อง จึงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงความรู้โดยรวมในระดับดีมาก กล่าวได้ว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนให้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ สุวรรณภา (2558) ที่พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยส่งเสริมทักษะการคิดของนักศึกษาได้

2. การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการช่วยพัฒนาด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ในเรื่องการทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบ ได้ในระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลทำกิจกรรมกลุ่มโดยการวิเคราะห์กรณีศึกษา เล่นเกมทายสิ่งของในกระเป๋า และชมภาพจิ๊กซอว์ รวมทั้งได้อภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกัน ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิก ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยอมรับ สนับสนุน และคัดค้านด้วยเหตุผล รวมทั้งมีการควบคุมตนเองซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลเกิดเป็นค่านิยมของผู้เรียนในด้านความรับผิดชอบต่อส่วนบุคคล (Jolliffe, 2007) นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการยังช่วยพัฒนาเจตคติของผู้เรียนได้ โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมี

เจตคติที่ดีต่อการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาผู้เรียนสู่ความเป็นวิชาชีพ ส่วนการใช้กรณีศึกษา ภาพยนตร์สั้น และเกมสั้น ช่วยสะท้อนมุมมองของการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จึงนับว่าเป็นการพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้มีอัตลักษณ์ที่พึงประสงค์ โดยสอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่สถาบันพระบรมราชชนกซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดได้กำหนดไว้

3. สิ่งที่น่าสนใจในการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการของนักศึกษาพยาบาล พบว่ารายการที่นักศึกษาพยาบาลประทับใจมากที่สุดคือ การได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมและเข้าใจความแตกต่างของบุคคล ร่องลมมือ เนื้อหาและข้อคิดที่ได้รับนำไปใช้ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมได้จริง แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และมีเจตคติที่ดีต่อการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม สอดคล้องกับคะแนนการประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้บรรลุเป้าหมายและผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้คือ กระบวนการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ และบุคลิกภาพของผู้สอน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีความประทับใจในบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจ สื่อการเรียนรู้ดี และประทับใจผู้สอน เนื่องจากมีเทคนิคการสอนที่ดี อธิบายได้ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนา รูปแบบการเรียนรู้ที่ว่าควรวางแผนการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ มีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี และมีสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด (ทิสนา แยมมณี, 2557; Joyce et al., 2009) สำหรับสิ่งที่ควรปรับปรุงเรื่องการแจกเอกสารประกอบการสอนก่อนเรียนนั้น นับว่าเป็นข้อเสนอแนะที่ดีจากผู้เรียน เนื่องจากการแจกเอกสารก่อนล่วงหน้า ทำให้ผู้เรียนสามารถศึกษาเนื้อหาและเตรียมตัวก่อนเรียนได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้สอนควรวางแผนการบูรณาการการจัดการเรียนรู้และสอดแทรกแนวคิดการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในรายวิชาอื่น เพื่อบูรณาการเนื้อหาและวิธีการสอน และเสริมสร้างเจตคติที่ดีในการให้บริการสุขภาพที่คำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญตามอัตลักษณ์ของบัณฑิต

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่านักศึกษาพยาบาลประทับใจวิธีการสอน สื่อการเรียนรู้ และการทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนั้น ในการจัดการเรียนรู้ควรเลือกใช้วิธีการสอนที่หลากหลายและมีสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เช่น กรณีศึกษา ภาพยนตร์สั้น เกม โดยสอดแทรกแนวคิดการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม และยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สะท้อนความเข้าใจในปัญหา ความทุกข์ของผู้ป่วย และแนวทางการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น

1.3 การพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการเชื่อมโยงความรู้รายบุคคล ควรใช้แนวคำถามเพื่อการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และได้ศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการในรายวิชาอื่น โดยเฉพาะในรายวิชาที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติได้เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2553). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552*. สืบค้น วันที่ 16 พฤศจิกายน 2552, จาก <http://www.mua.go.th/users/he-commission/doc/law/ministry%20law/1-39%20TQF%20nursing%202552.pdf>

- ฉวีวรรณ สุวรรณภา. (2558). การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อเสริมทักษะการคิดในรายวิชาสังคมศึกษา สังคมศึกษา ของนิสิตสาขาวิชาสังคมศึกษามหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 3(2), 1-19.
- ชุดิมา ปัญญาพินิจนุกร, จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, และเกษร สุวิฑะศิริ. (2555). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการโดยใช้กระบวนการสะท้อนคิดต่อสมรรถนะการส่งเสริมการเลิกระบุนุหรี ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(2), 130-142.
- ทิสนา แจมมณี. (2557). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2552). *สร้างคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กิวิทีพี.
- พระจักรพงษ์ ทะระมา. (2550). *การบูรณาการการสอนไวยากรณ์ในการเขียนแบบเน้นกระบวนการเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเขียนภาษาอังกฤษและความรู้ด้านไวยากรณ์ของนักเรียนในระดับก้าวหน้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณฑา ชุ่มสุคนธ์, นิลมณี พิทักษ์, และอังคณา ตุงคะสมิต. (2557). การพัฒนาการเรียนการสอนแบบบูรณาการในรายวิชาของสาขาวิชาสังคมศึกษาระดับปริญญาตรีที่ส่งเสริมการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal*, 7(1), 423-435.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์*. สืบค้น วันที่ 17 มิถุนายน 2554, จาก www.thainurse.org/knowledge/27-29_10_51/PrifDrSomjit.pdf
- Arends, R. I. (2015). *Learning to teach* (10th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Jolliffe, W. (2007). *Cooperative learning in the classroom: Putting it into practice*. London: Paul Chapman.
- Joyce, B., Weil, M., & Calhoun, E. (2009). *Models of teaching* (8th ed.). London: Allyn & Bacon.

ผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี *

Effects of Village Health Volunteers Performance on Dengue Surveillance, Prevention and Control, Khlongluang District, Pathumthani Province *

ไพชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ, วท.ม. (การบริหารสาธารณสุข) **

Patcharanun Wongprasert, M.Sc. (Health Administration) **

นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, พบ.ด. (ประชากรและการพัฒนา) ***

Nawarat Suwannapong, Ph.D. (Population and Development) ***

มธุรส กิพยมมงคล, Ph.D. (Epidemiology) ****

Mathuros Tipayamongkhogul, Ph.D. (Epidemiology) ****

นพพร ไทธรรมา, Ph.D. (Medicine and Health Sciences) ****

Nopporn Howteerakul, Ph.D. (Medicine and Health Sciences) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงเปรียบเทียบ เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำกับสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำสุด และสูงสุด อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 199 คน และ 156 คน ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน และแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .63-.90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ Z-test และการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า 1) ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำและสูง มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.515, p < .01$) แต่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และมีภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก น้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.962, p < .01$ และ $\chi^2 = 15.784, p < .001$ ตามลำดับ)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหบัณฑิตสาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแบบเชิงรุก และ
ทำความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก
คำสำคัญ : ไข้เลือดออก การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This comparative cross-sectional research aimed to compare effects of village health volunteers (VHVs) performance on dengue hemorrhagic fever surveillance, prevention and control between the area with low and high dengue incidence in Khlongluang district, Pathumthani province. The sample consisted of 199 VHVs from the lowest dengue incidence area and 156 VHVs from the highest dengue incidence area. The research instruments consisted of a survey form of house index and the questionnaires with the reliability within the range of .63-.90. Data were collected from May to July, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, Z-test, and Chi-square test.

The results revealed that 1) the house index had no statistically significant difference between a low and a high dengue incidence area; and 2) the VHVs in a low dengue incidence area had statistically significant better knowledge of dengue hemorrhagic fever than those in a high dengue incidence area ($\chi^2 = 7.515, p < .01$). Nevertheless, the VHVs in a low dengue incidence area had statistically significant less perceived severity of dengue hemorrhagic fever and leadership for dengue hemorrhagic fever surveillance, prevention and control than those in a high dengue incidence area ($\chi^2 = 11.962, p < .01$ and $\chi^2 = 15.784, p < .001$, respectively).

This study suggested that health care providers should proactively enhance knowledge of and perceived severity toward dengue hemorrhagic fever among VHVs.

Keywords : Dengue hemorrhagic fever, Surveillance, Prevention and control,
Village health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคไข้เลือดออกในระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 150,454 คน อัตราป่วย 234.81 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 133 คน อัตราตาย 0.21 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ในช่วงเวลาเดียวกัน จังหวัดปทุมธานี พบรายงานผู้ป่วยจำนวน 882 คน อัตราป่วยโดยเฉลี่ย 86.27 ต่อประชากรแสนคน

เสียชีวิต 3 คน อัตราตาย 0.29 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ส่วนการระบาดของโรคไข้เลือดออกในอำเภอคลองหลวง ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจำนวน 7 อำเภอของ จังหวัดปทุมธานี พบผู้ป่วยจำนวน 208 คน จากประชากรทั้งหมดของอำเภอ 270,680 คน คิดเป็นอัตราป่วย 94.38 ต่อประชากรแสนคน แต่เมื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 ของอำเภอคลองหลวง พบว่า

มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอยู่ในช่วง 10.45-90.31 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์บริการข้อมูลอำเภอ, 2557) ซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2551 และปี พ.ศ. 2556 มีอัตราป่วยที่สูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย จากอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกในอำเภอลองหลวงในปี พ.ศ. 2556 พบว่าแต่ละตำบลมีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน เช่น ตำบลคลองหก มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงสุดคือ 27.55 ต่อประชากรหมื่นคน และตำบลคลองสี่ มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำสุดคือ 8.47 ต่อประชากรหมื่นคน (งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2556)

จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นว่าปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกในปี 2556 นับว่าเป็นการระบาดที่รุนแรง ซึ่งมีอัตราป่วยสูงกว่าในปี 2555 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 2.4 เท่า (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการแพร่ระบาดในปี 2556 ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากรตามการขยายตัวของเมือง และความคล่องตัวของระบบคมนาคม ทำให้การเดินทางรวดเร็วขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและประชากร การขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชนในการป้องกันโรค ซึ่งประชาชนยังมีความเข้าใจว่าการควบคุมและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น จึงทำให้เกิดพฤติกรรมในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่บ้านของตนเอง (สำนักโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหา จากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุก โดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วม ให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออก เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการ

แก้ไข (โกวิทย์ พวงงาม, 2557) ปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญ และนับว่าเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน การดำเนินงานที่ผ่านมาต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานในชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณและสิ่งของจากองค์การบริหารระดับตำบล (อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ, 2553) อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) (วันชัย อาจเขียน และคณะ, 2549) โดยจัดตั้งทีมระดับอำเภอ ทีมระดับจังหวัด ทีมระดับเขต และทีมส่วนกลาง รวมทั้งสิ้น 1,030 ทีม เพื่อขับเคลื่อนอำเภอเข้มแข็งด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคแบบยั่งยืน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหนึ่งในสมาชิกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่เป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญในการดำเนินงานในชุมชน

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการประเมินผล การปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำและในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง โดยประเมินเกี่ยวกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน (house index: HI) ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ภาวะผู้นำ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผล

ต่อการลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน และเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในเรื่องคำดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) ระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีคำดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) น้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

2. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

3. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

4. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

5. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

6. ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงเปรียบเทียบ (comparative cross-sectional research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำสุดและในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงสุด อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ปี 2556 ซึ่งได้แก่ ตำบลคลองสี่ (จำนวน 280 คน) และตำบลคลองหก (จำนวน 178 คน) ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 458 คน (ศูนย์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขอำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี, 2557) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างจากสูตรที่ทราบค่าสัดส่วนของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Daniel, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างพื้นที่ละ 141 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 282 คน แต่เนื่องจากประชากรมีจำนวนไม่มาก จึงศึกษาจากประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสำรวจลูกน้ำยุงลาย กอ 1/1 ของสำนัก

ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552)

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการทำงาน และรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยปรับจากแบบสัมภาษณ์ครัวเรือนในการประเมินผล การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของนรรัตน์ สุวรรณผ่อง, นววิพรรณ บุญสุยา, อติศักดิ์ ภูมิรัตน์, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และนพพร ไหว้ธีระกุล (2554) ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต้องปรับปรุง (0-7 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) และมีความรู้ในระดับดี (11-13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ผู้วิจัยปรับจากแบบสอบถามในงานวิจัย ของสุภัทรา สมบัติ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถาม ทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้ คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผล คะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับ ต้องปรับปรุง (19-57 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง (58-76 คะแนน) และมีการรับรู้ในระดับดี (77-95 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน นั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะผู้นำในระดับต้อง ปรับปรุง (0-6 คะแนน) มีภาวะผู้นำในระดับปานกลาง (7-8 คะแนน) และมีภาวะผู้นำในระดับดี (9-10 คะแนน)

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน นั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับต้อง ปรับปรุง (0-21 คะแนน) มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง (22-26 คะแนน) และมีส่วนร่วมในระดับดี (27-34 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จำนวน 30 คน หาค่า ความเชื่อมั่นในส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .84 และหาค่าความเชื่อมั่นในส่วนการรับรู้ ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง และการมี ส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่า เท่ากับ .73, .63, .66, .74, .87 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จากนั้นเก็บรวบรวม ข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล แห่งละ 1 คน โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับ

การเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างในวันประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำเดือน โดยให้เวลาตอบ 40-50 นาที และรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ส่วนการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้านนั้น ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยผู้วิจัย โดยในตำบลคลองสี่ สำรวจทั้งสิ้น 5,476 หลังคาเรือน และในตำบลคลองหก สำรวจทั้งสิ้น 5,230 หลังคาเรือน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2558

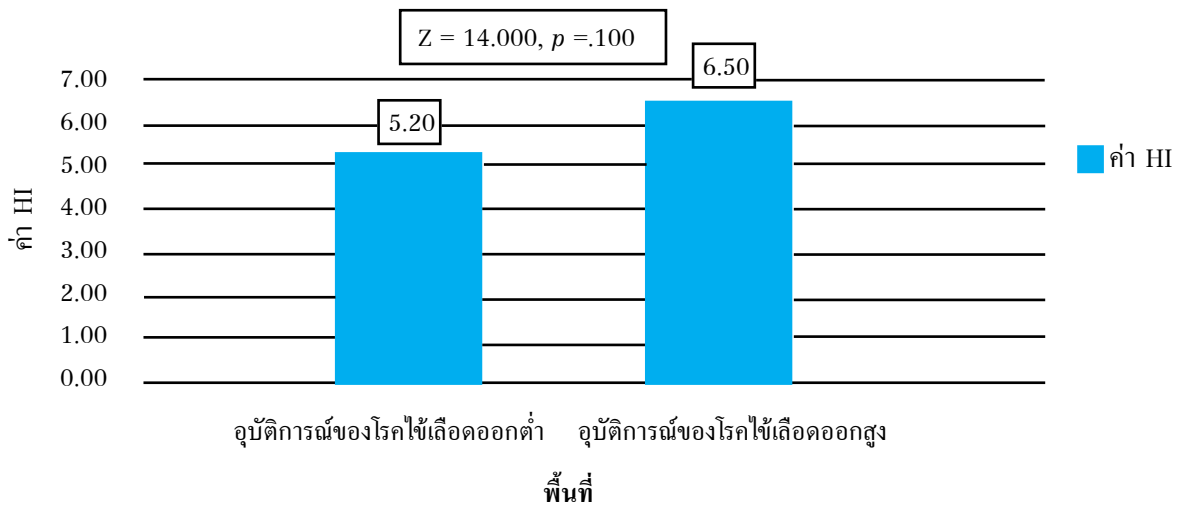
การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในบ้าน นำมาคำนวณค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน (HI) จากนั้นเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง ด้วยสถิติ Z-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์

ของโรคไข้เลือดออกต่ำ ได้รับแบบสอบถามกลับ จำนวน 199 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 71.07 ส่วนในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง ได้รับแบบสอบถามกลับ จำนวน 156 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 87.64

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำและในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.80 และ 84 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 25-78 ปี และ 19-75 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.30 และ 78.40 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.50 และ 58.30 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.80 และ 27.60 ตามลำดับ ระยะเวลาในการทำงานส่วนใหญ่คือ น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 74.30 และ 74.90 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มียารักษาอยู่ในช่วงต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.90 และ 89.10 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง พบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้าน 5.20 ซึ่งน้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง ที่มีค่า 6.50 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 แต่พบว่าค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านระหว่างในสองพื้นที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 1 ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ และในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

3. การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง พบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.515, p < .01$) แต่พบว่า

ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และมีภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก น้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.962, p < .01$ และ $\chi^2 = 15.784, p < .001$ ตามลำดับ) และพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษา และการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างจากในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ กับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

ตัวแปรที่ศึกษา	พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ต่ำ (n = 199)		พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง (n = 156)		χ^2	p
	ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	ดี	ต้องปรับปรุง/ปานกลาง	ดี		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก	44 (22.10)	155 (77.90)	55 (35.30)	101 (64.70)	7.515	.006
การรับรู้ความเสี่ยง	43 (21.60)	156 (78.40)	24 (15.40)	132 (84.60)	2.212	.137
การรับรู้ความรุนแรง	70 (35.20)	129 (64.80)	29 (18.60)	127 (81.40)	11.962	.001
การรับรู้อุปสรรค	154 (77.40)	45 (22.60)	116 (74.40)	40 (25.60)	.440	.507
การรับรู้ประโยชน์	34 (17.10)	165 (82.90)	22 (14.10)	134 (85.90)	.586	.444
ภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง	89 (44.70)	110 (55.30)	38 (24.40)	118 (75.60)	15.784	< .001
การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง	63 (31.70)	136 (68.30)	37 (23.70)	119 (76.30)	2.725	.099

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านไม่แตกต่างจากในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำกับในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม พบว่าในทั้งสองพื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านไม่เกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ต่ำกว่า 10) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการวางมาตรการ

ในระดับนโยบายของกระทรวง ซึ่งสืบเนื่องมาจากในปี พ.ศ. 2556 มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในทุกพื้นที่ ทำให้ทุกภาคส่วนเกิดการตื่นตัวและให้ความสำคัญ มีการจัดตั้งคณะกรรมการในระดับตำบล เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น มีการระดมทรัพยากรเพื่อช่วยรณรงค์แก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก รวมถึงการเพิ่มช่องทางการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในพื้นที่ มีการสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายร่วมกันในชุมชน และสถานบริการต่างๆ และมีระบบการติดตามประเมินผลจากหน่วยงานระดับจังหวัด ทำให้ผลการดำเนินงานที่ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันส่งผลถึงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านที่มีค่าไม่เกินเกณฑ์ดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช กลางแท่น (2557) ที่ศึกษาผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกของชุมชน พบว่าครัวเรือนในพื้นที่อุบัติการณ์ต่ำมีค่า HI 15.53 ส่วนครัวเรือนในพื้นที่อุบัติการณ์สูงมีค่า HI 30.43 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ (2554) ที่ทำการประเมินผลการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมระดับประเทศพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ขุยลายดึกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ

2. ผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกดีกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกที่ดี ทำให้เกิดการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ดังผลการประเมินความรู้เป็นรายชื่อ ที่พบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีการตอบคำถามเรื่องการทำตามสะอาดภาชนะที่มีน้ำขังโดยการขัดล้างทุกเดือน ได้ถูกต้องมากกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงเป็น 2 เท่า ซึ่งการขัดล้างภาชนะที่มีน้ำขัง เป็นกลวิธีที่ถูกต้องในการกำจัดลูกน้ำขุยลายที่ได้ผล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ (2554) ที่พบว่าในระดับครัวเรือน ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกทั้งในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงและในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีค่าคะแนนใกล้เคียงกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง เปียหลิม (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

3. ผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคของการรักษาและการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค

ไข้เลือดออก ไม่แตกต่างจากในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเช่นกัน และไม่สอดคล้องกับค่าดัชนีลูกน้ำขุยลายในบ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงนั้น มีสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่รุนแรงในพื้นที่ และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ทำให้เกิดการตื่นตัวของชุมชน จึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกดีกว่า แต่ไม่ส่งผลถึงค่าดัชนีลูกน้ำขุยลายในบ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ สุวรรณผ่อง และคณะ (2554) ที่พบว่าในระดับครัวเรือน การรับรู้ความรุนแรงของโรคทั้งในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงและในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ มีค่าคะแนนใกล้เคียงกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชาคริต หนูหนู (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

4. ผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีภาวะผู้นำในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกน้อยกว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับค่าดัชนีลูกน้ำขุยลายในบ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบางคนมีบทบาทอื่นร่วมด้วย เช่น เป็นผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จึงทำให้มีโอกาสนในการเข้าร่วมประชุมแก้ไขปัญหา และมีส่วนร่วมในการประสานความร่วมมือกับท้องถิ่น ส่งผลให้มีภาวะผู้นำในระดับดี แต่การที่มีบทบาทในชุมชนมาก ก็อาจส่งผลถึงเวลาในการลงพื้นที่

ซึ่งอาจทำได้น้อยลง จึงทำให้การมีภาวะผู้นำไม่สอดคล้องกับค่าดัชนีถูกน้ำยางลายในบ้าน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประดิษฐ์ ธรรมคง (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าปัจจัยด้านการบริหารองค์กรในบทบาทภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่

5. ผลการวิจัยพบว่าในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างจากในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกมีความสำคัญต่อชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกชุมชน ทั้งภาคีเครือข่าย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง เปียหลิม (2552) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างตำบลที่มีอุบัติการณ์ไข้เลือดออกสูงสุดกับตำบลที่มีอุบัติการณ์ไข้เลือดออกต่ำสุด มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแบบเชิงรุกแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง โดยเน้นวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง เช่น จานรองกระถางต้นไม้ แจกันดอกไม้ ขาตู้กับข้าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรทำความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกต่ำ โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความรุนแรงว่าหากพบผู้ที่ป่วยด้วยโรค

ไข้เลือดออกซ้ำในปีเดียวกัน จะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต

1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดเวทีประชุมภายในหมู่บ้าน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยมีการแจ้งข่าวสารหรือเหตุการณ์ที่สำคัญ รวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

2.2 ควรเพิ่มตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา เช่น แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อความครอบคลุมของการนำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนางานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนต่อไป

2.3 ควรเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ทราบผลการปฏิบัติหรือการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- โกวิท พวงงาม. (2557). การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน. สืบค้น วันที่ 15 สิงหาคม 2557, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/482092>
- งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. (2556). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำปี 2556. ปทุมธานี: ผู้แต่ง.
- ชาคริต หนูนุ่น. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตอำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี (การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- นวรรตน์ สุวรรณผ่อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา, อติศักดิ์ ภูมิรัตน, มธุรส ทิพยมงคลกุล, และนพพร โหวธีระกุล. (2554). รายงานการประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ภาพรวมระดับประเทศ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญเรือง เปียหลิม. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประดิษฐ์ ธรรมคง. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดศรีสะเกษ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กาญจนบุรี: มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- มานิช กลางแท่น. (2557). ผลการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนอำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม (สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันชัย อาจเทียน, และคณะ. (บ.ก.). (2549). คู่มือพัฒนาบุคลากรทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ศูนย์ข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. (2557). บัญชีรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. ปทุมธานี: ผู้แต่ง.
- ศูนย์บริการข้อมูลอำเภอ. (2557). ข้อมูลประชากรอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ประจำปี 2557. สืบค้น วันที่ 5 กันยายน 2557, จาก <http://www.amphoe.com/>
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). มาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานสถานการณ์ไข้เลือดออก ประเทศไทย พ.ศ. 2556. สืบค้น วันที่ 15 สิงหาคม 2557, จาก www.epid.moph.go.th
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). สรุปสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พื้นที่เครือข่ายบริการที่ 4 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี. สืบค้น วันที่ 15 สิงหาคม 2557, จาก <http://bie.moph.go.th/bie/region4/stats/view/8>
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ความรู้ทั่วไปสำหรับประชาชนโรคไข้เลือดออก. สืบค้น วันที่ 15 สิงหาคม 2557, จาก <http://www.ddc.moph.go.th/index.php>
- สุภัทรา สมบัติ. (2543). ประสิทธิภาพของการประยุกต์เทคโนโลยีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกุฎไฉ อำเภอบ้านสนธิ จังหวัดชลบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์, และคณะ. (2553). คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Daniel, W. W. (2009). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา Quality of Work Life of Personnel in Bangkhla Hospital, Chachoengsao Province

จันทนา สุรัตต์มอญกุล, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) *

Jantana Sukratamornkul, M.Sc. (Public Health) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จำนวน 104 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่มีค่าความเชื่อมั่น .96 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนเดือนสิงหาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.090, p < .05$) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกละเลยและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.900, p < .05$) ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.210, p < .05$) และด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.740, p < .05$) การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.880, p < .01$) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220, p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.242, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .305, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าทีมที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลควรมีการค้นหาความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการทำงาน เพื่อการแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็นและเหมาะสม

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน บุคลากรโรงพยาบาล

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the level of quality of work life and the relationship between the personal factors and the quality of work life of personnel. Subjects consisted of 104 personnel in Bangkhla hospital, Chachoengsao province. The research instrument was a questionnaire of quality of work life of personnel with the reliability of .96. Data were collected from April to August, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's product moment correlation.

Results revealed that 1) the overall average score of quality of work life was at a moderate level, and 2) the personal factors statistically significant related to the dimension of quality of work life were as follows—sex was related to the opportunity to develop the skills ($\chi^2 = 6.090, p < .05$), marital status was related to the well and safety environment ($\chi^2 = 8.900, p < .05$), the opportunity to develop the skills ($\chi^2 = 6.210, p < .05$), and work-life balance as a whole ($\chi^2 = 7.740, p < .05$), education was related to the fair and adequate remuneration ($\chi^2 = 9.880, p < .01$). Additionally, it was found that age and income had statistically significant negative relationship with the organizational democratic or justice process ($r = -.220, p < .05$ and $r = -.242, p < .05$, respectively), and income had statistically significant positive relationship with the fair and adequate remuneration ($r = .305, p < .01$).

This study suggested that the undertakers in hospital should investigate the safety risks in workplace, so as problems should be directly and appropriately solved.

Keywords : Quality of work life, Hospital personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มมากขึ้น ลดอัตราการลาออก หรือโอนย้าย การสนับสนุนและส่งเสริมปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกายและจิตใจนั้น จะส่งผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ดังนั้น องค์กรจึงจำเป็นต้องตรวจสอบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรอยู่ในระดับใด หากอยู่ในระดับที่ดี ควรมีการพัฒนาให้ดียิ่งๆ ขึ้นไป แต่หากอยู่ในระดับต่ำ ก็ควรพัฒนาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hackman & Suttle, 1977) ความสุข

ในการทำงานของบุคลากรในองค์กร มีความสำคัญต่อการทำงานและองค์กรอย่างแท้จริง การได้รับค่าตอบแทนสูง ไม่ใช่สิ่งสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคลากรมีความสุข หากแต่ต้องมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีด้วย ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงาน หมายถึง คุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสิ่งแวดล้อมโดยรวมในการทำงานของบุคคล โดยเน้นมิติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ รวมทั้งยังครอบคลุมทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการทำงาน ตลอดจนควรให้ความสำคัญกับบทบาทการทำงาน ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน (Davis, 1977)

องค์กรที่บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีนั้น เท่ากับเป็นการสร้างประสิทธิภาพของงานและทำให้บุคลากร

มีความสุข การสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง คุณภาพชีวิตการทำงานในลักษณะของความพึงพอใจในการทำงานนั้น จะส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และยังเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดความต้องการทำงานที่นำไปสู่ประสิทธิภาพของผลการปฏิบัติงาน ในที่สุดก็จะบรรลุเป้าหมายทั้งบุคลากรในฐานะสมาชิกขององค์กรและตัวองค์กรเอง (ชงทิพย์ วัฒนชัย, 2550 อ้างถึงใน คณิศร พรไกรเนตร, 2557) คุณภาพชีวิตการทำงานจึงมีผลต่อการทำงานอย่างมาก กล่าวคือ ทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเอง ต่องาน และต่อองค์กร นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมในเรื่องสุขภาพจิต โดยช่วยให้บุคลากรมีความเจริญก้าวหน้า มีการพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพขององค์กร และยังช่วยลดปัญหาการขาดงาน การลาออก ลดอุบัติเหตุ และส่งเสริมให้ได้ผลผลิตและการบริการที่ดีทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งในการทำงานจะเน้นถึงการสร้างความสบายใจ การมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการพยายามสร้างให้บุคลากรมีความสุขกับงาน อันจะทำให้บุคลากรมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีความคิดสร้างสรรค์ที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น และช่วยเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้นด้วย (ทิพวรรณ ศิริคุณ, 2542 อ้างถึงใน บุญโชติ เกตุแก้ว, 2556) ทั้งนี้ บุคลากรเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สุดขององค์กร ที่จะต้องได้รับการบริหารและใช้อย่างมีคุณค่า เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด หากบุคลากรในองค์กรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี ย่อมเอื้อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กรบรรลุตามเป้าหมาย และก่อให้เกิดประสิทธิผลแก่องค์กรต่อไป

โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุน ซึ่งลักษณะการทำงานในแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยเป็นไปตามวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรคือ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมีความพึงพอใจ จากข้อมูลการสำรวจ

ความพึงพอใจของบุคลากร ในช่วงปี 2554-2556 พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจในระดับดี ร้อยละ 69.18, 71.63 และ 71.80 ตามลำดับ และจากข้อมูลการลาออกของบุคลากรที่ปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี ในช่วงปี 2554-2556 พบว่ามีร้อยละ 1.72, 0.84 และ 2.42 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินความเครียดของบุคลากร ในช่วงปี 2554-2556 พบว่าบุคลากรมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 36.89, 33.97 และ 13.45 ตามลำดับ (ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2556) ซึ่งที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาที่จะอธิบายสถานการณ์คุณภาพชีวิตของบุคลาการดังกล่าว ทำให้ยังไม่มีกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรที่ชัดเจน ดังนั้น การศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพัฒนา โดยส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง อันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษากลุ่มงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากร และรายได้ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา กลุ่มงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากร และรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า หรือไม่ อย่างไร

โดยคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรนั้น แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ตามงานวิจัยของสุเทพ ปัญญา (2552) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- สถานภาพสมรส
- การศึกษา
- กลุ่มงาน
- ตำแหน่งงาน
- ระยะเวลาการปฏิบัติงาน
- ประเภทบุคลากร
- รายได้

คุณภาพชีวิตการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2557 จำนวนทั้งสิ้น 117 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 111 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจากงานวิจัยของสุเทพ ปัญญา (2552) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา กลุ่มงาน

ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากร และรายได้ จำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคำตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียง จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย จำนวน 10 ข้อ 3) ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านลักษณะงานที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตและความมั่นคงให้แก่บุคลากร จำนวน 12 ข้อ 5) ด้านลักษณะงานที่มีส่วนส่งเสริมการบูรณาการทางสังคมของบุคลากร จำนวน 7 ข้อ 6) ด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรม จำนวน 8 ข้อ 7) ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวม จำนวน 7 ข้อ และ 8) ด้านลักษณะงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคมโดยตรง จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 67 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น

3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางคล้า ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบ 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา กลุ่มงาน ตำแหน่งงาน และประเภทบุคลากร กับคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และรายได้ กับคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามกลับจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 104 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.69

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.60 มีอายุ

อยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 อายุที่น้อยที่สุดคือ 23 ปี และอายุที่มากที่สุดคือ 58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 39.30 ปี (SD = 8.70) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.10 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 67.30 ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานผู้ป่วยในมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.40 ครั้งหนึ่งมีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 16-20 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.80 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.70 ปี (SD = 7.10) ประเภทบุคลากร ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 69.20 และมีรายได้เฉลี่ย 23,114.10 บาทต่อเดือน

2. ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.70 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และพอเพียง ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ และด้านลักษณะงานที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตและความมั่นคงให้แก่บุคลากร ส่วนด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง ได้แก่ ด้านลักษณะงานที่มีส่วนส่งเสริมการบูรณาการทางสังคมของบุคลากร ด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรม ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวม และด้านลักษณะงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคมโดยตรง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จำแนกตามคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้าน และโดยรวม (n = 104)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียง		
ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)	9	8.65
ระดับปานกลาง (24-36 คะแนน)	52	50.00
ระดับสูง (37-50 คะแนน)	43	41.35
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย		
ระดับต่ำ (10-23 คะแนน)	7	6.73
ระดับปานกลาง (24-36 คะแนน)	50	48.08
ระดับสูง (37-50 คะแนน)	47	45.19
ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ		
ระดับต่ำ (8-18 คะแนน)	8	7.69
ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน)	49	47.12
ระดับสูง (30-40 คะแนน)	47	45.19
ด้านลักษณะงานที่ส่งเสริมความเจริญเติบโตและความมั่นคง ให้แก่บุคลากร		
ระดับต่ำ (12-27 คะแนน)	2	1.92
ระดับปานกลาง (28-43 คะแนน)	54	51.92
ระดับสูง (44-60 คะแนน)	48	46.16
ด้านลักษณะงานที่มีส่วนส่งเสริมการบูรณาการทางสังคม ของบุคลากร		
ระดับต่ำ (7-15 คะแนน)	-	-
ระดับปานกลาง (16-25 คะแนน)	41	39.42
ระดับสูง (26-35 คะแนน)	63	60.58
ด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรม		
ระดับต่ำ (8-18 คะแนน)	2	1.92
ระดับปานกลาง (19-29 คะแนน)	42	40.39
ระดับสูง (30-40 คะแนน)	60	57.69
ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวม		
ระดับต่ำ (7-15 คะแนน)	2	1.92
ระดับปานกลาง (16-25 คะแนน)	43	41.35
ระดับสูง (26-35 คะแนน)	59	56.73

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จำแนกตามคุณภาพชีวิตการทำงานรายด้าน และโดยรวม (n = 104) (ต่อ)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านลักษณะงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับสังคมโดยตรง		
ระดับต่ำ (5-11 คะแนน)	1	.96
ระดับปานกลาง (12-18 คะแนน)	28	26.92
ระดับสูง (19-25 คะแนน)	75	72.12
โดยรวม		
ระดับต่ำ (67-156 คะแนน)	1	.96
ระดับปานกลาง (157-247 คะแนน)	59	56.73
ระดับสูง (248-335 คะแนน)	44	42.31

3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

3.1 เพศ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนา

ความรู้ ความสามารถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.090$, $p < .05$) โดยพบว่าบุคลากรเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านดังกล่าวดีกว่าบุคลากรเพศชาย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ (n = 104)

เพศ	คุณภาพชีวิตการทำงาน						χ^2	p
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ชาย (n = 16)	1	6.25	12	75.00	3	18.75	6.090	.047
หญิง (n = 88)	7	7.95	37	42.05	44	50.00		

3.2 สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกละเลยและปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.900$, $p < .05$) โดยพบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านดังกล่าวดีกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ดังแสดงในตารางที่ 3 พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.210$, $p < .05$) โดยพบว่า

บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านดังกล่าวดีกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ดังแสดงในตารางที่ 4 และพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 7.740$, $p < .05$) โดยพบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านดังกล่าวดีกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล
บางคล้า ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย (n = 104)

สถานภาพ สมรส	คุณภาพชีวิตการทำงาน						χ^2	p
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โสด / มีคู่ หย่า แยก (n = 55)	1	1.82	33	60.00	21	38.18	8.900	.012
คู่ (n = 49)	6	12.25	17	34.69	26	53.06		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล
บางคล้า ด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ (n = 104)

สถานภาพ สมรส	คุณภาพชีวิตการทำงาน						χ^2	p
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โสด / มีคู่ หย่า แยก (n = 55)	7	12.73	28	50.91	20	36.36	6.210	.045
คู่ (n = 49)	1	2.04	21	42.86	27	55.10		

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาล
บางคล้า ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยรวม (n = 104)

สถานภาพ สมรส	คุณภาพชีวิตการทำงาน						χ^2	p
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
โสด / มีคู่ หย่า แยก (n = 55)	-	-	29	52.73	26	47.27	7.740	.021
คู่ (n = 49)	2	4.08	14	28.57	33	67.35		

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับคุณภาพชีวิตการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.880$,

$p < .01$) โดยพบว่าบุคลากรที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/ปริญญาโทมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานด้านดังกล่าวดีกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ (n = 104)

ระดับการศึกษา	คุณภาพชีวิตการทำงาน						χ^2	p
	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
มัธยมศึกษา / อนุปริญญา (n = 25)	6	24.00	11	44.00	8	32.00	9.880	.007
ปริญญาตรี / ปริญญาโท (n = 79)	3	3.80	41	51.90	35	44.30		

3.4 อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

3.5 รายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กร

หรือกระบวนการยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.242$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 7 และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .305$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และรายได้ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการยุติธรรม (n = 104)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	r	p
อายุ (ปี)	-.220	.025
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)	-.148	.133
รายได้ (บาท)	-.242	.013

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และรายได้ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียง (n = 104)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	r	p
อายุ (ปี)	.097	.327
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (ปี)	.123	.215
รายได้ (บาท)	.305	.002

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ลักษณะงาน ค่าตอบแทน และความก้าวหน้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุเทพ ปัญญา (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริลักษณ์ ชูหวัด และสิทธิชัย เอกอรรถมัยผล (2552) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนุรัสกร เตจ๊ะมา, สุคนธา คงศีล, สมชาติ ไตรรักษา, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าพนักงานมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ ไชย (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมของพนักงานอยู่ในระดับมาก

2. ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา กลุ่มงาน ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ประเภทบุคลากร และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมที่ปฏิบัติงานได้ โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคลากรมีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 16-20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 28.80) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, นพพร ไหวธีระกุล, และฉวีวรรณ บุญสุยา (2555) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา สายงานที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

3. ผลการวิจัยพบว่าไม่มีปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานบางด้านของบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า ดังนี้

3.1 เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้านการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลากรเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีกว่าบุคลากรเพศชาย

ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล บางคล้าเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.60) และโรงพยาบาล มีการเปิดโอกาสให้บุคลากรทั้งสองเพศได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ

3.2 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตการทำงานด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพ สมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีกว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้ามีสถานภาพ สมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 47.10) จึงอาจได้รับแรงเสริม จากครอบครัวที่ให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัย ประกอบ กับโรงพยาบาลมีการตรวจประเมินสถานที่ทำงานด้าน ความปลอดภัยและมีการรายงานความเสี่ยงด้านความปลอดภัย เพื่อการดำเนินการแก้ไขที่เหมาะสม พบว่าสถานภาพ สมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานด้าน การเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพ สมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงานดีกว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้ามีสถานภาพ สมรสคู่ มากที่สุด จึงอาจได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ในการส่งเสริมการเข้ารับการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ และพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การทำงานด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลากรที่มี สถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตการทำงาน ดีกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรสโสด / ม่าย หย่า แยก ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้ามีสถานภาพ สมรสคู่ มากที่สุด จึงสามารถจัดการให้เกิดความสมดุล ระหว่างการดำเนินชีวิตกับการทำงาน โดยการทำงานไม่เป็น อุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต

3.3 การศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและพอเพียงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าบุคลากรที่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี/ปริญญาโทมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิต การทำงานดีกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ อนุปริญญา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรได้รับค่าตอบแทน ตามระดับการศึกษาของแต่ละวิชาชีพ โดยได้รับค่าตอบแทน ที่เหมาะสมกับความรู้ ความสามารถของตน

3.4 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต การทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการ ยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลสนับสนุนให้บุคลากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะ บุคลากรที่มีอายุน้อย ได้เสนอความคิดเห็นในที่ประชุม รวมถึงการแสดงออกอื่นๆ อยู่เสมอ

3.5 รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต การทำงานด้านประชาธิปไตยในองค์กรหรือกระบวนการ ยุติธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลได้เปิดโอกาสในการรับฟังปัญหาและให้ ความสำคัญกับบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะบุคลากรที่มี รายได้น้อย และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตการทำงานด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และพอเพียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่อง มาจากบุคลากรสามารถปฏิบัติงานนอกเวลาราชการได้ จึงส่งผลให้มีรายได้ต่อเดือนเพิ่มขึ้นจากเงินเดือนประจำ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนน รายข้อที่น้อยที่สุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและ ปลอดภัย ในเรื่อง “กลุ่มงานที่ท่านปฏิบัติงานอยู่ มีการจัด สภาพแวดล้อมเพื่อการทำงานที่ปลอดภัย” ดังนั้น ทีมที่ เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลควรมีการค้นหาความเสี่ยงด้าน ความปลอดภัยในการทำงาน เช่น แสงสว่างน้อยเกินไป มีเสียงรบกวน การระบายอากาศไม่ดี ทั้งนี้เพื่อการแก้ไข ปัญหาที่ตรงประเด็นและเหมาะสมต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในแต่ละวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานที่ตรงตามสาขาวิชาชีพ

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน เช่น บรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน

2.2 ควรมีการศึกษาแนวทางและวิธีการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพชีวิตการทำงานระดับสูง

เอกสารอ้างอิง

กณิศร พรไกรเนตร. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต วัฒนธรรมองค์กร กับประสิทธิผลในการทำงานของบุคลากร กลุ่มงานบริหารทั่วไป สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*, 1(2), 42-55.

นพวรรณ ใจคง. (2555). *คุณภาพชีวิตในการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลพญาไท ศรีราชา จังหวัดชลบุรี (ปัญหาพิเศษปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญโชติ เกตุแก้ว. (2556). *คุณภาพชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรฝ่ายช่าง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์*. *วารสารวิชาการคณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง*, 6(2), 93-105.

บุรัสกร เตชะมา, สุคนธา คงศีล, สมชาติ โตรักษา, และกิตติพงษ์ หาญเจริญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 82-91.

ฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2556). *ผลการดำเนินการขององค์กร โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง. สิริลักษณ์ ชูทวด, และสิทธิชัย เอกอรรถผล. (2552). *คุณภาพชีวิตการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในโรงพยาบาล*. *วารสารสุศึกษา*, 32(112), 19-32.

สุเทพ ปัญญา. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, นพพร ไหวธีระกุล, และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2555). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง*. *วารสารกิจการมนุษย์*, 19(2), 103-117.

Davis, L. E. (1977). Enhancing the quality of working life: Developments in the United States. *International Labour Review*, 116(1), 53-65.

Hackman, J. R., & Suttle, J. L. (1977). *Improving life at work: Behavioral science approaches to organizational change*. Santa Monica, CA: Goodyear.

การพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Operational Development for Discipline Enhancement among

Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

จันทร์ฉาย มณีวงศ์, พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่) *

Janchai Maneewong, M.N.S. (Adult Nursing) *

จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, วท.ม. (สรีรวิทยา) **

Chakkrit Luk-in, M.Sc. (Physiology) **

เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ***

Penpak Luk-in, M.N.S. (Family Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาด้านวินัย พัฒนาระบบการเสริมสร้างวินัย และติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 จำนวน 147 คน ผู้ร่วมวิจัย จำนวน 6 คน และผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับการพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น .86 แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต ดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1 และวงรอบ ที่ 2 ตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการการสังเกต และการสะท้อนกลับ ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการ วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. สภาพและปัญหาด้านวินัย นักศึกษามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา จำนวน 23 คน การแต่งกายผิดกฎระเบียบของวิทยาลัย จำนวน 10 คน และการรักษาความสะอาด จำนวน 7 คน ส่วนปัญหาในการดำเนินงานมี 2 ส่วน คือ ปัจจัยด้านวิทยาลัย และปัจจัยด้านนักศึกษา

2. แนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา ได้แก่ 1) การตระหนักและให้ความสำคัญของกฎ ระเบียบ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความคุ้นชิน 3) การปรับทัศนคติทางบวกในการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ 4) การยกย่อง ชมเชยบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี 5) การมีบทลงโทษที่จริงจังและเคร่งครัด และ 6) การมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผลการดำเนินงานพบว่านักศึกษามีวินัยทั้ง 3 เรื่อง ดีขึ้น แต่ยังมีนักศึกษาที่มีปัญหาเรื่องการตรงต่อเวลา จำนวน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

6 คน การแต่งกายผิดกฎ ระเบียบของวิทยาลัย จำนวน 5 คน และการรักษาความสะอาด จำนวน 2 คน

3. ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา พบว่านักศึกษามีวินัยทั้ง 3 เรื่อง ดียิ่งขึ้น แต่ยังมีนักศึกษาที่มีปัญหาเรื่องการตรงต่อเวลา จำนวน 2 คน และการแต่งกายผิดกฎ ระเบียบของวิทยาลัย จำนวน 2 คน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลให้ได้ผลจริงจังนั้น วิทยาลัยควร กำหนดนโยบายที่ชัดเจน กระตุ้นให้บุคลากรตระหนักในปัญหา ส่งเสริมให้มีแบบอย่างที่ดี และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
คำสำคัญ : วินัย นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research and development aimed to investigate the current conditions and problems of the nursing students' disciplines, to develop guidelines for discipline enhancement, and to follow up and evaluate the results of the operational development for discipline enhancement among nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi. The samples of this study were 147 1st-3rd year nursing students, 6 co-researchers, and 40 key informants. The research instruments composed of a questionnaire with the reliability of .86, an in-depth interview guide, and an observation form. The 2-cycle implementation was conducted from May to September, 2015, according to 4 steps—planning, action, observation, and reflection. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results were summarized as follows:

1. The undesirable current conditions of the nursing students' disciplines composed of 3 issues—punctuality (23 nursing students' were not complete on schedule), the dress violation (10 nursing students was not in line with the rules and regulations of the college), and cleanliness (7 nursing students lacked of the assigned maintenance of cleanliness). Additionally, the problems of discipline enhancement operation rooted from 2 aspects, an organizational aspect and a personal aspect.

2. The proposed guidelines to enhance nursing students' disciplines included: 1) increasing awareness toward the important of rules and regulations of the college, 2) adjusting behaviors, 3) promoting positive thinking toward rules and regulations, 4) admiring good role models, 5) implementing the strict penalty, and 6) continuous providing discipline-related activities. After the operational development, nursing students had better discipline performances. Nevertheless, there were still undesirable behaviors—6 for punctuality, 5 for the dress violation, and 2 for cleanliness.

3. From monitoring and evaluation in the 2nd cycle, the findings revealed that nursing students had better discipline performances than those in the 1st cycle. However, there were still undesirable behaviors—2 for punctuality and 2 for the dress violation.

This study suggested that to highly achieve in discipline enhancement among nursing students, a clear policy, increased problem awareness, a good role model, and regular discipline instillation should be taken into account.

Keywords : Discipline, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเตรียมคนเข้าสู่ยุคโลกไร้พรมแดน เป็นภารกิจของการศึกษาที่จะต้องเริ่มการปลูกฝังรากฐานทางคุณธรรม จริยธรรมของบุคคล เพื่อพัฒนาจิตใจให้รู้จักคิดในสิ่งดีงามตามหลักคุณธรรม ทำให้เกิดจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่มีเป้าหมายในการพัฒนาคนไทยให้มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีสุขภาวะดีขึ้น มีคุณธรรม จริยธรรม และสถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยมีพันธกิจที่จะพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีคุณธรรม และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัยอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และคุณธรรม จริยธรรม โดยสถาบันทางสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้เน้นการจัดการศึกษาของชาติ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ “พัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข” (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2545; สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2556) ในส่วนของสถาบันการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นการปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมในตัวผู้เรียน และการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในด้านคุณธรรมจริยธรรมต้องทำการส่งเสริมและปลูกฝังในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิด

การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันการศึกษาพยาบาล จำเป็นต้องหาวิธีการที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาความมีวินัย อันเป็นคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ตามนโยบายในการพัฒนาเป็นวิทยาลัยคุณธรรม และจากการที่คณะผู้วิจัยได้สำรวจความคิดเห็นของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาบางส่วนมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในด้านวินัยอย่างชัดเจน ประกอบด้วย 1) การไม่ตรงต่อเวลาในการเข้าเรียนและการส่งงาน และการแก้ไขงานไม่เสร็จตามกำหนด 2) การแต่งกายผิดกฎระเบียบของวิทยาลัย โดยไม่ติดป้ายชื่อ ไม่ติดเข็มกลัดตราวิทยาลัย และสวมเสื้อคลุมหลาดลือออกนอกวิทยาลัย และ 3) การไม่รักษาความสะอาด โดยไม่ร่วมมือในการรักษาความสะอาดบริเวณที่รับผิดชอบ และทิ้งขยะไม่ถูกที่ (กลุ่มงานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี, 2556)

จากสภาพปัญหาด้านคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่นักศึกษาจะต้องได้รับการพัฒนาและปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม เพื่อให้นักศึกษาเป็นคนดี คนเก่ง และมีความสุข ทั้งนี้ ผู้พัฒนาจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งเป็นการฝึกฝนให้นักศึกษาสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมปัจจุบันได้เป็นอย่างดี มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตและสังคม

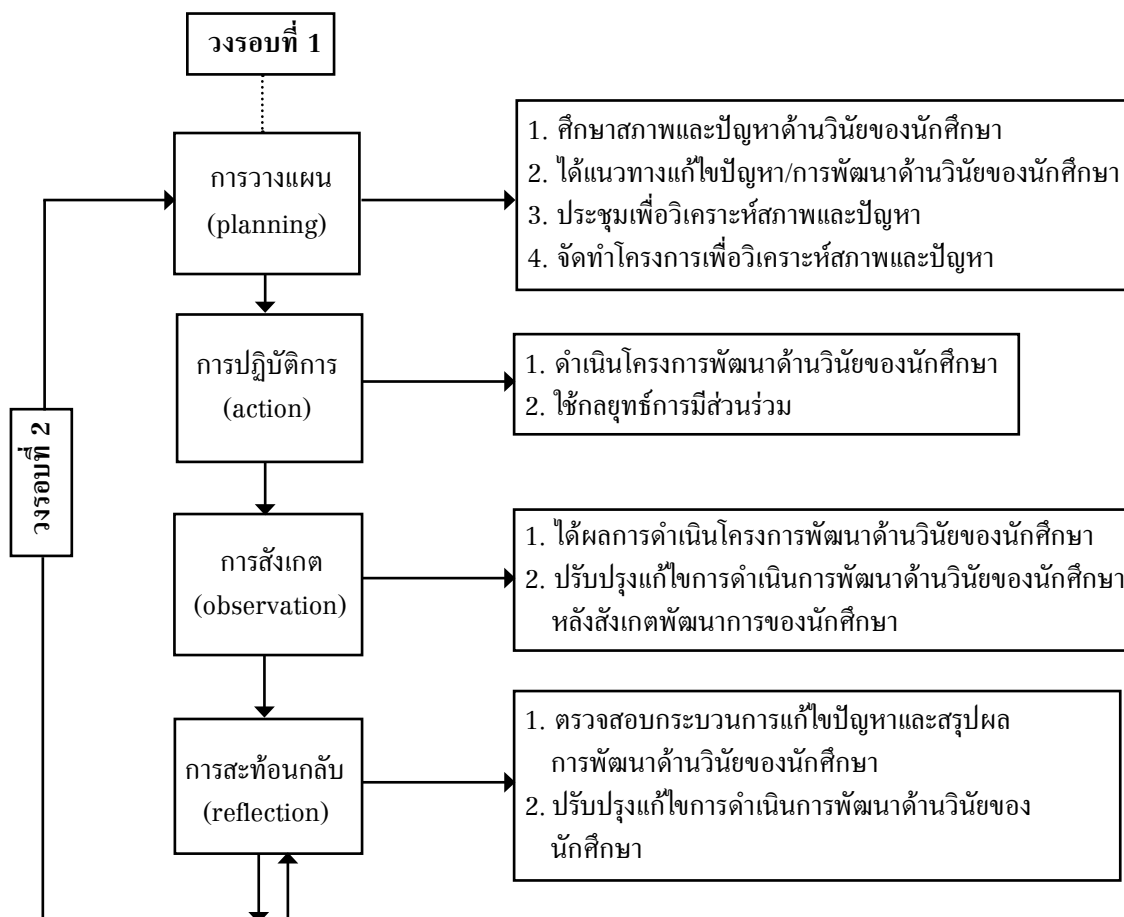
โดยมีประสิทธิผลสูงสุดคือ การเป็นพยาบาลที่ดีในอนาคต
อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศที่ยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาด้านวินัยของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสูพรรณบุรี
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวินัยของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสูพรรณบุรี
3. เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
เสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีสูพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลตามองค์ความรู้เรื่องการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมด้านวินัย โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย วงรอบ 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (planning) การปฏิบัติการ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2556 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี จำนวน 232 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 147 คน จากนั้นเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ของแต่ละชั้นปี และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยหลัก ซึ่งรับผิดชอบงานพัฒนานิสิตนักศึกษา 2) รองผู้อำนวยการกลุ่มงานกิจการนักศึกษา 3) อาจารย์ฝ่ายปกครอง จำนวน 2 คน และ 4) อาจารย์ประจำชั้นจำนวน 2 คนรวมจำนวนทั้งสิ้น 6 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาประชากรทั้งหมด

กลุ่มที่ 3 ประชากรเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา ประกอบด้วย 1) อาจารย์ประจำชั้นที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ 2 จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก จำนวน 10 คน 2) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 85 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก จำนวนชั้นปีละ 5 คน รวมจำนวน 15 คน และ 3) ผู้ปกครองของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 85 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก จำนวน 15 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมความมีวินัยของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำชั้นตอบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ และชั้นปีที่กำลังศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมความมีวินัยของนักศึกษาพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด จำนวนเรื่องละ 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) มีพฤติกรรมในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มีพฤติกรรมในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และมีพฤติกรรมในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำชั้น

ชุดที่ 3 แบบสังเกตพฤติกรรมความมีวินัยของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้อาจารย์ฝ่ายปกครองใช้ในการสังเกต แบ่งออกเป็น 3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด

จำนวนเรื่องละ 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .91 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำชั้นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน และ 5 คน ตามลำดับ รวมจำนวนทั้งสิ้น 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .86 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยได้ ทำการตรวจสอบข้อมูลตลอดการวิจัย เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ ของผลการวิจัย ด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation) โดยเริ่มตั้งแต่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล การประชุมแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม ทั้งนี้มีการบันทึกข้อมูล รวมทั้งกริยา ทำทาง พฤติกรรม และบรรยากาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ให้ข้อมูล เพื่อนำมาประกอบการแปลความหมาย โดย ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่บันทึกด้วย วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) แล้วนำข้อมูลกลับไปให้อ่านหรือกลับไป ถามซ้ำ (reflecting) เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความเป็นจริง ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
ในการพัฒนาการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา พยาบาล คณะผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการ วิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นจัดให้มีการประชุมระดมสมอง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียซึ่งประกอบด้วยรองผู้อำนวยการกลุ่มงานกิจการ นักศึกษา อาจารย์ฝ่ายปกครอง อาจารย์ประจำชั้น และ ตัวแทนนักศึกษา มีความรู้ ความเข้าใจด้านวินัยของนักศึกษา

3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษา ความสะอาด โดยคณะผู้วิจัยได้แจ้งสภาพและปัญหาด้าน วินัยของนักศึกษา เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธง ไม่ทันเวลา การแต่งกายผิดกฎ ระเบียบของวิทยาลัย ซึ่ง ที่ประชุมได้ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น และเสนอแนะ แนวทางในการดำเนินการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา ให้ดีขึ้น ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาในวงรอบ ที่ 1 และวงรอบที่ 2 ตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

การดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นขั้นตอนการศึกษาสภาพและปัญหาด้านวินัยของ นักศึกษา และหาแนวทางการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษา โดยผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์สภาพและปัญหา และวางแผน กำหนดแนวทางของโครงการและกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (action) เป็นขั้นตอน การดำเนินตามโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษา พยาบาล และกิจกรรมต่างๆ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยมี กิจกรรมการประชุมแบบมีส่วนร่วม และกิจกรรมการเสริมสร้าง วินัยของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งสิ้น 3 กิจกรรม ดังนี้

1) กิจกรรมอบรมประจำวัน โดยอาจารย์ ฝ่ายปกครองเป็นผู้อบรมนักศึกษาเกี่ยวกับกฎ ระเบียบของ วิทยาลัย และความมีวินัยเรื่องการตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที หลังเคารพ ธงชาติ

2) กิจกรรม 5 ส หอพัก โดยกลุ่มงาน กิจการนักศึกษาเป็นผู้จัด มีกิจกรรมการทำความสะอาด ห้องพัก และบริเวณที่รับผิดชอบในหอพัก

3) กิจกรรมเสริมสร้างความมีวินัย โดยกลุ่มงานกิจการนักศึกษาเป็นผู้จัด มีการระดมสมอง เกี่ยวกับปัญหาด้านวินัย โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มย่อย มีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่ม จากนั้นให้ร่วมกันเสนอวิธีการ พัฒนาแนวทางปฏิบัติด้านวินัย และนำเสนอต่อที่ประชุมใหญ่

ทั้งนี้ ในขั้นตอนการปฏิบัติการ มีกลยุทธ์ ในการพัฒนา คือ การมีส่วนร่วม เพื่อเสริมสร้างวินัยของ นักศึกษาที่มีพฤติกรรมกระทำผิดด้านวินัย 3 เรื่อง ได้แก่

การตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด
ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation) เป็นขั้นตอนที่เกิดควบคู่กับการปฏิบัติการ โดยใช้เครื่องมือที่หลากหลาย เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต ดังนี้

1) การสอบถาม คณะผู้วิจัยให้นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำชั้นตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความมีวินัยของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้เวลาตอบ 15 นาที

2) การสัมภาษณ์ คณะผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ประจำชั้น เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล โดยสัมภาษณ์นักศึกษาในช่วงเย็นหลังเลิกเรียน ใช้เวลาคนละ 20 นาที และสัมภาษณ์อาจารย์ประจำชั้นในช่วงเวลาปฏิบัติงาน ใช้เวลาคนละ 20 นาที

3) การสังเกต อาจารย์ฝ่ายปกครองสังเกตพฤติกรรมความมีวินัยของนักศึกษาพยาบาล โดยสังเกตในช่วงการมีกิจกรรมหน้าเสาธง การเข้า-ออกหอพัก และการตรวจหอพัก

ทั้งนี้ สิ่งที่ได้ในขั้นตอนการสังเกตคือ ผลการดำเนินโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษารวมถึงการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษา

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection) เป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะสะท้อนผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการกล่าวคือ เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบกระบวนการแก้ไขปัญหา และสิ่งที่ป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ รวมทั้งมีการสรุปผลการพัฒนา โดยคณะผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทำการตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพและปัญหาของวิทยาลัย โดยผ่านการอภิปรายปัญหาและข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การปรับปรุงและการวางแผนการปฏิบัติเพื่อพัฒนาในส่วนที่เป็นปัญหา หากพบว่ายังมีปัญหาที่ไม่สามารถพัฒนาได้ คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำกลับไปพัฒนา โดยใช้กลยุทธ์ใหม่ในการดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 2 ต่อไป

ผลการดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 1 พบว่าทุกกิจกรรมมีความเหมาะสม ทำให้ผู้ร่วมวิจัยและนักศึกษาได้นำกิจกรรมที่กำหนดไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนา นักศึกษา ซึ่งผลการพัฒนาพบว่ายังมีนักศึกษาบางส่วนที่มีพฤติกรรมผิดกฎระเบียบของวิทยาลัย และยังไม่ได้ดำเนินการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงดำเนินการพัฒนาต่อในรอบที่ 2

การดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 2

คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาลและกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับนักศึกษา กลุ่มเป้าหมายในรอบนี้ โดยมีกิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) กิจกรรมอบรมประจำวัน โดยอาจารย์ฝ่ายปกครองเป็นผู้อบรมนักศึกษาเกี่ยวกับกฎ ระเบียบของวิทยาลัย และความมีวินัยเรื่องการตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ใช้เวลาครั้งละ 10 นาที หลังเคารพธงชาติ รวมทั้งประเมินการเข้าแถวตรงเวลาและการแต่งกาย

2) กิจกรรมประกวดคนดีมีวินัย โดยกลุ่มงานกิจการนักศึกษาเป็นผู้จัด ดำเนินการประกวดความมีวินัย 3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ซึ่งประเมินโดยการสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต รวมทั้งมีการมอบเกียรติบัตรในวันไหว้ครู

3) กิจกรรมประกวดหอพัก กลุ่มงานกิจการนักศึกษาเป็นผู้จัด มีการประกวดห้องพักและบริเวณที่รับผิดชอบของนักศึกษาแต่ละห้องพัก โดยใช้ชื่อโครงการ “หอพักน่าดู คนอยู่น่ารัก” ซึ่งประกวดเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด โดยมีการจัดวางของให้เป็นระเบียบ ปราศจากขยะ

ทั้งนี้ กลยุทธ์ในการพัฒนา คือ การสร้างความตระหนักในความสำคัญของความมีวินัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความคุ้นชิน และการปรับทัศนคติทางบวกในการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของวิทยาลัย ซึ่งหลังการดำเนินการพัฒนาในรอบนี้ มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ข้อมูลสภาพและปัญหาด้านวินัย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมความมีวินัยจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดเห็นจากแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลพฤติกรรมความมีวินัยจากแบบสังเกต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.88 ชั้นปีที่กำลังศึกษาคือ ชั้นปีที่ 3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.72 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 27.44 และชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 17.02 ตามลำดับ

2. สภาพและปัญหาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล สภาพด้านวินัย พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การตรงต่อเวลา พบว่านักศึกษามาเข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธงไม่ทันเวลา เข้าหอพักไม่ทันเวลา และส่งงานที่รับผิดชอบไม่ทันเวลา รวมจำนวน 23 คน 2) การแต่งกายผิดกฎระเบียบของวิทยาลัย พบว่านักศึกษาสวมกระโปรงสั้น และไม่ติดเข็มกลัดตราวิทยาลัยและป้ายชื่อ รวมจำนวน 10 คน และ 3) การรักษาความสะอาด พบว่านักศึกษาไม่เห็นความสำคัญของการรักษาความสะอาดบริเวณต่างๆ ไม่ทิ้งขยะลงถัง ไม่จัดเก็บสิ่งของ เสื้อผ้าให้เป็นระเบียบ เก็บของใช้ไว้มากเกินความจำเป็น และทิ้งเศษอาหารไว้ที่ห้องพัก รวมจำนวน 7 คน

ส่วนปัญหาในการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ปัจจัยด้านวิทยาลัย พบว่าอาจารย์มีภาระงานมาก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการติดตามพฤติกรรมของนักศึกษาเท่าที่ควร และขาดการดำเนินงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน และ 2) ปัจจัยด้านนักศึกษา พบว่านักศึกษาไม่ตระหนักถึงความสำคัญของความมีวินัย และขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนให้

ถูกต้องตามกฎ ระเบียบของวิทยาลัย

3. ผลการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล หลังการดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 1 พบผลการวิจัยดังนี้

3.1 จากการประชุมแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย พบว่าได้แนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา ดังนี้ 1) การตระหนักและให้ความสำคัญของกฎ ระเบียบ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความคุ้นชิน 3) การปรับทัศนคติทางบวกในการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ 4) การยกย่องชมเชยบุคคลที่เป็นแบบอย่างที่ดี 5) การมีบทลงโทษที่จริงจังและเคร่งครัด และ 6) การมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

“พึงระลึกเสมอ พยาบาลเป็นอาชีพที่มีเกียรติ จึงต้องปลูกฝังระเบียบวินัยเข้าไปในจิตใจ”

“เปิดใจและยอมรับกฎ ระเบียบ และปรับตัวให้เคยชินจนเป็นนิสัย”

“เปลี่ยนทัศนคติให้เห็นว่ากฎ ระเบียบไม่ใช่การบังคับ แต่เป็นการกระทำเพื่อความสงบสุขของส่วนรวม”

3.2 จากการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 กิจกรรม ตามโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล และการใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วม พบผลการดำเนินการดังนี้

3.2.1 การตรงต่อเวลา พบว่านักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธงและเข้าหอพักตามเวลา แต่ยังมีนักศึกษาที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธง จำนวน 4 คน และไม่เข้าหอพักตามเวลา จำนวน 2 คน

3.2.2 การแต่งกาย พบว่านักศึกษาแต่งกายถูกกฎ ระเบียบของวิทยาลัยมากขึ้น โดยมีการแต่งกายด้วยชุดนักศึกษาที่เรียบร้อย แต่ยังมีนักศึกษาที่แต่งกายไม่เหมาะสม เช่น ไม่ติดเข็มกลัดตราวิทยาลัยและป้ายชื่อสวมเสื้อของผู้อื่น สวมเสื้อคลุมผิกระเป๋ายกนอกวิทยาลัย รวมจำนวน 5 คน

3.2.3 การรักษาความสะอาด พบว่านักศึกษามีความกระตือรือร้นในการร่วมแรงร่วมใจกันทำความสะอาดในบริเวณที่ตนรับผิดชอบ ทั้งจะเป็นที่ ห้องพักรักษาความสะอาดและเป็นระเบียบมากขึ้น แต่ยังมีนักศึกษาที่เก็บของใช้ไว้

มากเกินไปจนจำเป็น จำนวน 2 คน

4. ผลการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล เมื่อดำเนินการพัฒนาในรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 กิจกรรม ตามโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาลที่ปรับปรุงแก้ไขหลังการดำเนินการในรอบที่ 1 พบผลการวิจัยดังนี้

4.1 การตรงต่อเวลา จากการจัดกิจกรรมคนดีมีวินัย พบว่านักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีการปรับปรุงและพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น มีการเข้าร่วมสวดมนต์ในตอนเย็น เข้าหอพักทันเวลา แต่ยังมีนักศึกษาที่มาไม่ทันเวลาเข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธง จำนวน 2 คน

4.2 การแต่งกาย จากการจัดกิจกรรมคนดีมีวินัย และการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ด้านการแต่งกาย พบว่านักศึกษามีการแต่งกายถูกกฎระเบียบของวิทยาลัยมากขึ้น แต่ยังมีนักศึกษาที่ไม่ติดป้ายชื่อ จำนวน 2 คน

4.3 การรักษาความสะอาด จากการจัดกิจกรรมประกวดหอพัก พบว่านักศึกษามีความกระตือรือร้นในการร่วมแรงร่วมใจกันและช่วยเหลือกันในการทำความสะอาดบริเวณที่หอพัก ของตนรับผิดชอบ ซึ่งพบว่านักศึกษามีการรักษาความสะอาดดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยไม่พบนักศึกษาที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ผลการดำเนินงานตามแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ความมีวินัย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนาในรอบที่ 1		หลังการพัฒนาในรอบที่ 2	
	จำนวนที่มีปัญหา (คน)	จำนวนที่มีปัญหา (คน)	ร้อยละ	จำนวนที่มีปัญหา (คน)	ร้อยละ
การตรงต่อเวลา	23	6	26.08	2	8.69
การแต่งกาย	10	5	50.00	2	20.00
การรักษาความสะอาด	7	2	28.57	-	-
รวม	40	13	32.50	4	10.00

ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม พบว่าหลังการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล นักศึกษามีพฤติกรรมความมีวินัยโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, $SD = .42$) เมื่อพิจารณาในแต่ละเรื่อง พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมความมีวินัยทั้งเรื่องการตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$ เท่ากัน, $SD = .46$ เท่ากัน)

ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าควรมีการเสริมสร้างวินัยทั้ง 3 เรื่อง เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง การมอบเกียรติบัตรในกิจกรรมประกวดคนดีมีวินัย เป็นการกระตุ้น เสริมแรง และทำให้นักศึกษาได้เห็นแบบอย่างที่ดี ส่วนการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยให้บรรลุเป้าหมายนั้น ควรมีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน เพื่อให้นักศึกษาจะได้ไม่สับสน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสภาพและปัญหาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ 3 เรื่อง ได้แก่ การตรงต่อเวลา เช่น มาเข้าร่วมกิจกรรมหน้าเสาธงไม่ทันเวลา เข้าหอพักไม่ทันเวลา การแต่งกายผิดกฎระเบียบของวิทยาลัย เช่น สวมกระโปรงสั้น ไม่ติดเข็มกลัดตราวิทยาลัย และการรักษาความสะอาด เช่น ไม่จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบ ทิ้งเศษอาหารไว้ที่ห้องพัก สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธา คัลยาณมณี, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และคณินันต์ พงษ์สุวรรณ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา พบว่าการขาดระเบียบวินัยของนักศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการขาดระเบียบวินัยในหอพัก เช่น ไม่เข้าหรือออกหอพักตามเวลาที่กำหนด ส่งเสียงดังรบกวน แต่งกายผิดระเบียบ

2. การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล พบว่าจากการประชุมแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย ทำให้ได้แนวทางต่างๆ ในการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา และจากการดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาตามโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วม พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมความมีวินัยทั้ง 3 เรื่อง ดีขึ้น ซึ่งการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาให้ได้ผลนั้น วิทยาลัยควรเปิดโอกาสให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และควรมีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ร้อยนาถ, ดวงแข พัทธกัสนิน, และพิชญายีร์ ลินสวัสดิ์ (2554) ที่ศึกษาความมีวินัยในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี พบว่านักศึกษาทุกคนต้องการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎ ระเบียบบางอย่างของวิทยาลัย จึงควรให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการสร้างกฎเกณฑ์เกี่ยวกับความมีวินัยในตนเองเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นนักศึกษาให้ตระหนักในปัญหา แล้วหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน

โดยเป็นการสร้างกฎเกณฑ์ที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีบทลงโทษโดยที่ไม่บังคับจิตใจจนเกินไป ซึ่งทำให้นักศึกษาปฏิบัติตามได้อย่างมีความสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา เช่น กิจกรรมอบรมประจำวัน กิจกรรม 5 ส หอพัก ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมในการเสริมสร้างวินัยทั้งเรื่องตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด โดยนักศึกษามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งการหาแนวทางการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาโดยใช้กิจกรรมที่เหมาะสมนั้น จะช่วยพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของไพศาล มั่นนอก และไพฑูรย์ ลินลารัตน์ (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเล็ก พบว่าการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมโดยการจัดกิจกรรมเสริมและการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ทำให้นักเรียนมีการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมที่ดีขึ้น

3. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการดำเนินการพัฒนาในวงรอบที่ 2 มีการปรับปรุงแก้ไขโครงการพัฒนาด้านวินัยของนักศึกษาพยาบาลและกิจกรรมต่างๆ ให้ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น โดยเพิ่มกิจกรรมประกวดคนดีมีวินัย และกิจกรรมประกวดหอพัก ซึ่งมีกลยุทธ์ในการพัฒนา คือ การสร้างความตระหนักในความสำคัญของความมีวินัย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความคุ้นชิน และการปรับทัศนคติทางบวกในการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบของวิทยาลัย พบว่านักศึกษามีการพัฒนาพฤติกรรมความมีวินัยทุกเรื่องดีขึ้น ทั้งการตรงต่อเวลา การแต่งกาย และการรักษาความสะอาด ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมและกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการมีความเหมาะสมกับนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณศรี ศรีหรั่ง (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมความมีวินัยด้านการรักษาความสะอาดของนักเรียน พบว่าหลังจากการจัดโครงการเสริมสร้างวินัยนักเรียนเกี่ยวกับความสะอาดของสิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรมประกวดห้องเรียนสะอาด ความสะอาดในเขตรับผิดชอบ และกิจกรรมห้องสุภาพน่าใช้ พบว่านักเรียนมี

ความกระตือรือร้นและเอาใจใส่ในการรักษาความสะอาดของห้องเรียน ทำให้ห้องเรียนสะอาด น่าเรียน รวมทั้งบริเวณโรงเรียนและห้องน้ำก็สะอาด

นอกจากนี้ ในการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาพยาบาลทำนั้น ยังเป็นการสร้างประสบการณ์ในการกระทำพฤติกรรมจริยธรรมด้วยตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งได้สังเกตพฤติกรรมจริยธรรมของผู้อื่นในขณะเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งประสบการณ์จากการที่ได้กระทำด้วยตนเอง และจากการสังเกตผู้อื่นทำให้เกิดการเรียนรู้และการกระทำต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของคมศิลปี วงศ์พรมษา (2554) ที่ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมวินัยนักเรียน พบว่าก่อนการพัฒนา นักเรียนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากระเบียบวินัยในตนเอง ทั้งการตรงต่อเวลา การแต่งกาย และความสะอาด เมื่อพัฒนาการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมวินัยโดยใช้กลยุทธ์ที่ดูแลน้อง โดยมีการกำกับติดตาม และดูแลเป็นรายบุคคล พบว่านักเรียนมีการปรับเปลี่ยนความมีวินัยทุกอย่างไปในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 วิทยาลัยควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการเสริมสร้างวินัยของนักศึกษา กระตุ้นให้บุคลากรตระหนักในปัญหาด้านวินัย ส่งเสริมให้มีแบบอย่างที่ดี และจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้นักศึกษาเกิดความคุ้นชินจนกลายเป็นวินัยในตนเอง

1.2 วิทยาลัยควรกำหนดแนวทางการพัฒนานักศึกษาพยาบาลด้านคุณธรรม จริยธรรม เป็นบันไดสมรรถนะ 4 ขั้น โดยเริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 เนื่องจากนักศึกษาเพิ่งเริ่มต้นในการปรับตัวต่อกฎ ระเบียบของวิทยาลัย เช่น การแต่งกาย การใช้ชีวิตในหอพักนักศึกษา การเข้าแถวเคารพธงชาติ

1.3 จากการวิจัยพบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเสริมสร้างวินัยของนักศึกษาพยาบาลคือยังขาดความต่อเนื่อง เช่น การรักษาความสะอาด ดังนั้นควรมีกิจกรรมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกระตุ้นและการเสริมแรงร่วมด้วย เช่น การจัดบอร์ดรณรงค์ที่น่าสนใจ การประกวดคำขวัญ บทกลอน และมีการประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยสอดแทรกเนื้อหาด้านคุณธรรม จริยธรรมแก่นักศึกษาพยาบาลที่ต้องการส่งเสริม โดยผนวกกับเนื้อหาสาระในหลักสูตรการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ

2.2 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมจริยธรรมด้านอื่นๆ ที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล เช่น ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบในวิชาชีพพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิสุพรรณบุรี ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ ที่สนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกกลุ่มที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ร้อยนาค, ดวงแข พัทธกษลิน, และพิชฌาย์วีร์สินสวัสดิ์. (2554). ความมีวินัยในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ ราชบุรี. ใน รายงานสืบเนื่องการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49: ศึกษาาสตร์. หน้า 123-128. วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2554 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ.

- กลุ่มงานกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุพรรณบุรี. (2556). รายงานข้อมูลนักศึกษา
ปีการศึกษา 2556. สุพรรณบุรี: ผู้แต่ง. (เอกสาร
อัดสำเนา).
- คมศิลป์ วงศ์พรหมยา. (2554). การพัฒนาการดำเนินงาน
สร้างเสริมวินัยนักเรียน โรงเรียนประชาพัฒนา
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามหาสารคาม
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษา). มหาวิทยาลัย
ราชภัฏมหาสารคาม.
- พรรณศรี ศรีหรั่ง. (2555). การพัฒนาพฤติกรรม
วินัยด้านการรักษาความสะอาดของนักเรียนโรงเรียน
วัดพลอยกระจำศรี (บุญยังราษฎร์นารีอุปถัมภ์)
อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครนายก (วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหารการศึกษา). มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์.
- ไพศาล มั่นอก, และไพฑูริย์ สันลารัตน์. (2557). การวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณธรรม
จริยธรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ประถมศึกษาของนักเรียนโรงเรียนวิเศษชัยชาญ
วิทยาคม. *สุทธิปริทัศน์*, 28(88), 99-117.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2545).
*พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และ
ที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545*. กรุงเทพฯ:
พริกหวานกราฟฟิค.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2556). *แผนพัฒนา
การศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-
2559)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
(2554). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. กรุงเทพฯ: สหมิตร.
- สุชาภา คล้ายมณี, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, และคณินนิตย์
พงษ์สุวรรณ. (2556). พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*,
6(พิเศษ), 89-103.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action
research reader*. Geelong, Vic: Deakin
University Press.

การพัฒนาบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาลานนาทานอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ Local Science Lesson Development: Lanna Wisdom regarding Local Food for Elderly Health Promotion

สามารถ ใจเตี้ย, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) *

Samart Jaitae, Dr.P.H. (Public Health) *

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้าน สร้างและทดสอบบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 297 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ แบบวัด และแบบทดสอบ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test การหาอัตราส่วนประสิทธิภาพ (E1 / E2) และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.10$, $SD = .25$) 2) บทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่นสร้างโดยการนำผลการจำแนกตำรับอาหารพื้นบ้าน ส่วนประกอบ และวิธีการปรุง รวมถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้าน ร่วมกับองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาลานนาด้านอาหารพื้นบ้าน และ 3) ประสิทธิภาพของบทเรียน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีค่าคะแนนในการทำกิจกรรมระหว่างเรียน (E1) และผลของการใช้บทเรียน (E2) เท่ากับ 84.35 / 86.24 ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเท่ากับ 83.87 / 85.39 ซึ่งสูงกว่าประสิทธิภาพของบทเรียนตามเกณฑ์ร้อยละ 80 / 80 (E1 / E2) สำหรับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่าหลังการใช้บทเรียน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้บทเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.644$, $p < .01$ และ $t = 3.081$, $p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าการประยุกต์ใช้เนื้อหาและกิจกรรมในบทเรียน ควรก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ผสมผสานกับวิถีชีวิตประจำวัน ปรับเนื้อหาให้ลดลง เพิ่มระยะเวลาและกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารและองค์ความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : บทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ภูมิปัญญาลานนา อาหารพื้นบ้าน การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Abstract

This mixed methods research aimed to determine the local food consumption behaviors, to develop and examine the local science lesson. Samples consisted of 297 elderly and 16 stakeholders in Suthep sub-district municipality, Muang district, Chiangmai province. The research instruments composed of a questionnaire with the reliability of .84, a record form, an interview guide, the scales, and a test. The implementation and data collection were conducted from June to September, 2014. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired *t*-test, a ratio of E1 / E2, and content analysis.

Results revealed that 1) the overall mean score of local food consumption behavior of the elderly was at a moderate level ($\bar{X} = 2.10$, $SD = .25$); 2) the local science lesson was developed through identifying various local food recipes, ingredients, cooking methods, and local food consumption behaviors, together with the body of knowledge of Lanna wisdom regarding local food and 3) the efficiency of the lesson, for the elderly and the caregivers, the ratio of scores of knowledge during learning (E1) and after learning (E2) were 84.35 / 86.24 and 83.87 / 85.39, respectively, which were higher than the standard criteria (80 / 80). Regarding academic achievement, it was found that after learning, the elderly and the caregivers had statistically significant higher mean scores of knowledge than before learning ($t = 3.644$, $p < .01$ and $t = 3.081$, $p < .05$, respectively).

This study suggested that the application of contents and activities from this lesson should be designed through a learning process that integrates with a daily lifestyle, appropriately reduce the contents, as well as increase time and various activities conforming to the food consumption culture and the body of knowledge of local food among the elderly.

Keywords : Local science lesson, Lanna wisdom, Local food, Elderly Health Promotion

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าไม่เพียงพอ มิใช่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์เท่านั้น แต่ยังมีส่วนกำหนดคุณภาพชีวิตและอายุขัยของมนุษย์ด้วย สำหรับผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารหลายชนิด เพื่อให้คุณค่าทางโภชนาการครบตามที่ร่างกายต้องการ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมจะช่วยเหลือความเสื่อมของร่างกายและทำให้สุขภาพดีขึ้น

เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ การเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้นและลดปัญหาสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย บางคนรับประทานอาหารมากเกินไป และเลือกรับประทานอาหารไม่เหมาะสม จึงเกิดการเจ็บป่วยขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง

ร้อยละ 20-30 เมื่อเทียบกับคนหนุ่มสาว โดยผู้สูงอายุเพศชาย อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน ส่วนผู้สูงอายุหญิง อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงานประมาณ 1,850 กิโลแคลอรีต่อวัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานลดลงไปอีกร้อยละ 10-12 ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับวัย (โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน, 2557) จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอาหารมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งในทางที่ดีหรือก่อให้เกิดปัญหากับตัวผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับอาหารพื้นบ้านที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาหารพื้นบ้านจะใช้พืชผักจากธรรมชาติตามหัวไร่ปลายนาเป็นวัตถุดิบ ไม่มีสารปรุงแต่งใดๆ ปลอดภัยต่อสุขภาพ อาหารพื้นบ้านไทยยังมีรสชาติที่อร่อย กลมกล่อมหลากหลายรส และยังเป็นเอกลักษณ์ที่บ่งชี้ถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาของคนไทยในแต่ละท้องถิ่นที่สร้างสรรค์ปรุงแต่งให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารพื้นบ้านไทยจึงเป็นอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์, 2557) อาหารพื้นบ้านล้านนาก็เช่นเดียวกัน ประกอบด้วยผักพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ประกอบด้วยโปรตีน วิตามินที่สำคัญ มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (ไมตรี สุทธจิตต์, 2546) ดังนั้น การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุด้วยอาหารพื้นบ้านล้านน่าย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพ และที่สำคัญคือทำให้ภูมิปัญญาด้านอาหารพื้นบ้านไม่หายสาบสูญไป ทั้งนี้พบว่าแหล่งอาหาร ราคาอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ (คำปุ่น วรรณวงษ์, 2552)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจภาวะสุขภาพของตนเองมากนัก ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคความดันโลหิตสูงและอัมพาต และแสวงหาแนวทางในการรักษาด้วยตนเอง รวมถึงผู้สูงอายุยังมีการบริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

กาแฟ และเครื่องดื่มเสริมสุขภาพที่บุตรหลานนำมาให้ในบางโอกาส (สามารถ ใจเด็ย และดารารัตน์ จำเกิด, 2557) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป คุณค่าแห่งชีวิตลดลง ทำให้ร่างกายทรุดโทรมจากภาวะเจ็บป่วยและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา (ฝ่ายบริการข้อมูล เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่, 2552) ในส่วนของการแก้ไขปัญหานี้ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุเทพ ได้ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุตำบลสุเทพ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม จึงได้มีการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยมีทีมอาสาเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานมาจากการที่คนในชุมชนมีการไปมาหาสู่และเยี่ยมเยียนกัน โดยได้สอดแทรกในเรื่องการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาบริการของทีมเยี่ยมบ้านที่มาจากชุมชนเพื่อมุ่งเน้นที่จะให้มีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2550 จนถึงปัจจุบัน มีการบริการผู้สูงอายุที่บ้านทั้งสิ้น 60 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังคงมีการดูแลตัวเองที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ทั้งการมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและการไม่ออกกำลังกาย

จากข้อมูลข้างต้น ปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลสุเทพ ต้องการแนวทางการเสริมสร้างภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งอาจเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้ระดับหนึ่ง เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งทำให้การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุมีความครอบคลุมในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ชุมชนและผู้มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญ

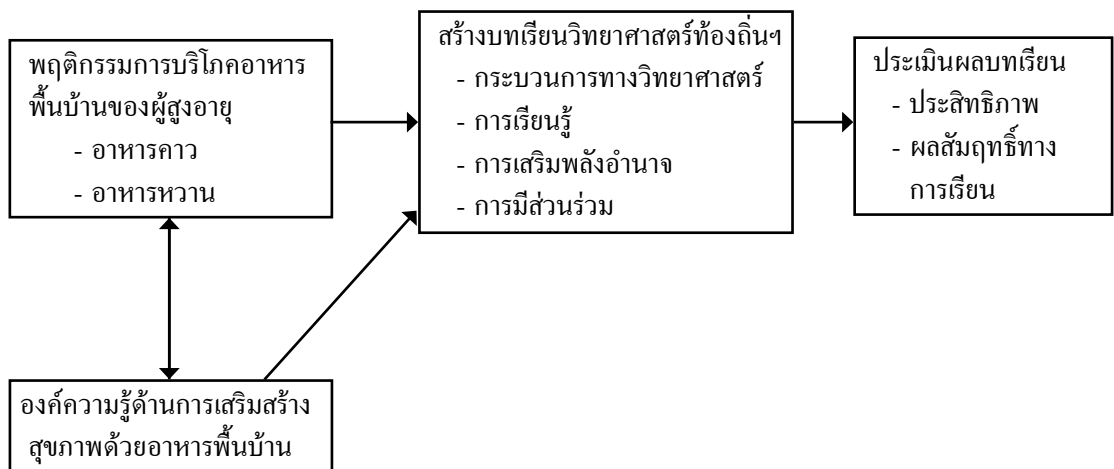
เพื่อที่จะนำไปสู่การบริการสุขภาพที่ตอบสนองความเจ็บป่วยได้ทันที (Kathy, 2006) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าอาหารพื้นบ้านล้านนาเป็นฐานวัฒนธรรมของชุมชน เพราะอาหารนับว่าเป็นวัฒนธรรมที่ต้องมีการสืบทอด ส่งต่อภูมิปัญญาจากรุ่นสู่รุ่น แต่องค์ความรู้เหล่านี้ยังไม่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง รวมถึงการรวบรวมองค์ความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านล้านนาก็ยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน และการนำองค์ความรู้ดังกล่าวสู่การประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังขาดความเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจทำการพัฒนานาบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำข้อมูลมาบูรณาการกับองค์ความรู้

ทางวิทยาศาสตร์สาธารณสุข เพื่อให้เกิดเป็นบทเรียนที่เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ
2. เพื่อสร้างบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ
3. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพและวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed methods research) ประกอบด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาทุนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พื้นบ้านล้านนา ประชากรเป็นครัวเรือนในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เฉพาะพื้นที่เขตเมือง จำนวน 12 หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งสิ้น 3,776 ครัวเรือน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุสามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 297 คน จากนั้นเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากร ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ของพื้นที่ 12 หมู่บ้าน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกตามความสะดวก (convenience selection)

ส่วนที่ 2 การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบไม่มีเป็นทางการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพและการวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ผู้เรียนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในส่วนที่ 2 ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมพฤติกรรมบริโภคอาหารพื้นบ้าน ได้แก่ การแกลบ การคั่ว

การเคี้ยว การจ่อ การเคี้ยว การตำ การย่ำ การทำน้ำพริก การนึ่ง การปิ้ง การย่าง การทอด การมอบ การลาบ/หลู้ การล้า การอ๊อก การอึก/อุ่ม การแอ็บ และการทำขนมหวาน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2531; Anderson, 1988) จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย เป็นบางครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมบริโภคในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) มีพฤติกรรมบริโภคในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และมีพฤติกรรมบริโภคในระดับดี (2.34-3.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .84

ชุดที่ 2 แบบบันทึกในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับตำรับอาหาร วิธีการปรุงอาหารพื้นบ้าน สภาพปัญหาการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ รวมถึงข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับตำรับอาหาร วิธีการปรุงอาหารพื้นบ้าน สภาพปัญหาการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ รวมถึงข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา

ชุดที่ 4 แบบวัดประสิทธิภาพกระบวนการระหว่างเรียน (E1) ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยประเมินผู้เรียน ประกอบด้วยการปฏิบัติงานของผู้เรียนเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตำรับและการปรุงอาหารพื้นบ้านล้านนา เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบวัดประสิทธิภาพหลังใช้บทเรียน (E2) ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยทดสอบผู้เรียน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตำรับและการปรุงอาหารพื้นบ้านล้านนา เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้

0 คะแนน

ชุดที่ 6 แบบทดสอบก่อน-หลังการใช้บทเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้วิจัยประเมินผู้เรียน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตำรับและการปรุงอาหารพื้นบ้านล้านนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ให้เลือกตอบว่า ถูก หรือ ผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก จะได้ 1 คะแนน และหากตอบผิด จะได้ 0 คะแนน

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยให้เวลาตอบประมาณ 20 นาที ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบไม่เป็นทางการนั้น ดำเนินการที่บ้าน ใช้เวลาคนละ 20-25 นาที

2. ผู้วิจัยสร้างบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 วิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียน

2.1.2 พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมขององค์ความรู้ที่ได้

2.1.3 วิเคราะห์ศักยภาพของชุมชน เช่น บุคลากร การบริหารงาน จุดเด่น จุดด้อย

2.1.4 นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และความต้องการเร่งด่วน จากนั้น

นำข้อสรุปมากำหนดเรื่องที่จะจัดทำเป็นบทเรียน

2.2 กำหนดสาระการเรียนรู้ของเนื้อหาที่จะนำมาสร้างบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น

2.3 จัดทำองค์ประกอบสำคัญของบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ดังนี้

2.3.1 แนวคิดของบทเรียน

2.3.2 วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

2.3.3 กิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้และระดับของผู้เรียน

2.3.4 การวัดและประเมินผล

3. ผู้วิจัยทดสอบประสิทธิภาพและวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ดังนี้

3.1 ทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนฯ โดยใช้แบบวัดประสิทธิภาพกระบวนการระหว่างเรียน และแบบวัดประสิทธิภาพหลังใช้บทเรียนกับผู้เรียนเป็นรายบุคคล ตามเกณฑ์ร้อยละ 80 / 80

3.2 วัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนเป็นรายบุคคล ก่อนและหลังการใช้บทเรียนฯ โดยใช้แบบทดสอบก่อน-หลังการใช้บทเรียน

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้าน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาประสิทธิภาพของบทเรียน วิเคราะห์ด้วยการหาอัตราส่วนประสิทธิภาพตามเกณฑ์ร้อยละ 80 / 80 (E1 / E2) การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระหว่างก่อนกับหลังการใช้บทเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.10$, $SD = .25$) เมื่อจำแนกตามประเภท

อาหาร พบว่าบริโภคอาหารประเภทแกงมากที่สุด ($\bar{X} = 2.41$, $SD = .49$) รองลงมาคือ อาหารประเภทน้ำพริก ($\bar{X} = 2.29$,

$SD = .45$) และอาหารประเภทหนึ่ง ($\bar{X} = 2.25$, $SD = .42$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ จำแนกตามประเภทอาหาร ($n = 297$)

ประเภทอาหาร	$\bar{X}$	SD	ระดับพฤติกรรม
แกง	2.41	.49	ดี
น้ำพริก	2.29	.45	ปานกลาง
หนึ่ง	2.25	.42	ปานกลาง
จ้อและคั่ว	2.11	.31	ปานกลาง
ปิ้ง/ย่าง และทอด	2.06	.29	ปานกลาง
แอ็บ ยำ และเจียว	2.04	.19	ปานกลาง
ตำ และลาบ/หู้	2.03	.18	ปานกลาง
ส้า	2.01	.11	ปานกลาง
ขนมหวาน	2.00	.13	ปานกลาง
อ้อก	1.98	.10	ปานกลาง
โดยรวม	2.10	.25	ปานกลาง

ส่วนข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ พบว่าผู้สูงอายุบางคนไม่ให้ความสนใจกับการเลือกรับประทานอาหารมากนัก เนื่องจากในการเตรียมอาหารนั้น ลูกหลานหรือผู้ดูแลจะเตรียมไว้ให้ก่อนออกไปทำงาน ผู้สูงอายุบางคนได้ปรับเปลี่ยนวิถีการบริโภคอาหารของตนเองให้กินง่ายขึ้น ให้ครบ 3 มื้อ และเห็นว่าทุกวันนี้ อาหารที่มีคุณภาพดีมีราคาสูง ต้องเก็บเงินไว้ใช้อย่างอื่น ในส่วนของการปรุงอาหารเพื่อรับประทาน จะเน้นตำรับอาหารที่มีส่วนประกอบของปลาและผักพื้นบ้านที่หาซื้อได้ทั่วไป ไม่ต้องไปซื้อไกล เมื่อนำมาปรุงอาหารแล้วจะมีรสชาติดีเนื่องจากผักไม่บอบช้ำ ผู้สูงอายุจะลดอาหารที่มีรสหวาน การปรุงอาหารใส่เครื่องปรุงรสบ้างเป็นบางครั้ง รวมถึงจะดื่มนมทุกวัน และดื่มน้ำสะอาดในปริมาณมาก

การเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้าน ผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารจากรสชาติที่อร่อย ถูกปาก มีความชอบส่วนตัว และสมาชิกในครัวเรือนชอบรับประทาน ขั้นตอนในการปรุงไม่ยุ่งยาก สามารถหาวัดดูดิบได้ในชุมชนหรือปลูกเอง แต่ก็ยังมีบางคนให้ความสำคัญกับประโยชน์ของอาหาร และมีความเชื่อว่ารับประทานอาหารประเภทนั้นแล้วจะมีบุญหนุนนำ (ตำหนุน) นอกจากนี้ยังเลือกอาหารที่หารับประทานได้ง่ายในชุมชน ราคาถูก และเป็น การอนุรักษ์วัฒนธรรมด้านอาหารของท้องถิ่นไม่ให้สูญหายไปกับกระแสของการบริโภคอาหารขยะ แต่อาหารพื้นบ้านบางประเภทโดยเฉพาะอาหารที่มีส่วนประกอบของเนื้อสัตว์ มักไม่สะอาดและใช้เนื้อที่มีไขมันมาก เช่น แกงอ่อม ใส่อั่ว แอ็บหมู รวมถึงผักพื้นบ้านที่นำมาประกอบอาหารพื้นบ้าน

บางชนิดได้สูญหายไปจากชุมชน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังให้ความสนใจถึงข้อดีของการบริโภคอาหารพื้นบ้านที่สามารถปรุงเองได้

2. การสร้างบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ผู้วิจัยได้นำผลการจำแนกตำรับอาหารพื้นบ้าน ส่วนประกอบและวิธีการปรุง รวมถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านร่วมกับองค์ความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้าน มาสร้างเป็นบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น โดยได้กำหนดส่วนประกอบของบทเรียน ดังนี้

2.1 แนวคิดของบทเรียน การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุด้วยอาหารพื้นบ้าน เป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านอาหารจากบรรพบุรุษที่เชื่อมโยงกับสภาพทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการนี้ จะอาศัยวัตถุดิบที่หาได้ในท้องถิ่น ทั้งพืชผักและเนื้อสัตว์นำมาปรุงเป็นอาหาร อาหารพื้นบ้านบางประเภทมีส่วนผสมของพืชสมุนไพรที่ใช้เพื่อบำรุงร่างกาย ช่วยเจริญอาหาร และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย โดยในพื้นที่ที่ศึกษามีการประกอบอาหารพื้นบ้าน

เพื่อรับประทานในครัวเรือนและจำหน่าย ทั้งประเภทแกง น้ำพริก จอ และอื่น ๆ ทั้งนี้ การประกอบอาหารพื้นบ้านสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกวัตถุดิบ การปรุงอาหารแบบสแกนคุณค่า และการคำนึงถึงการเกิดอาการแทรกซ้อนที่คาดไม่ถึง หลังจากรับประทานอาหารพื้นบ้าน

2.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม มีดังนี้

2.2.1 มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับตำรับอาหารพื้นบ้านล้านนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.2 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการปรุงอาหารพื้นบ้านเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.3 ใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานในการวิเคราะห์แนวโน้มการดำรงอยู่ของอาหารพื้นบ้านล้านนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง เช่น การสังเกต การสื่อสารในชุมชน การนำเสนอข้อมูล และการสรุปผล

2.3 การจัดการเรียนรู้ โดยจัดการเรียนรู้ 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดการเรียนรู้ในบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น

ครั้งที่	เนื้อหา	วิธีการสอนและกิจกรรม	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 1	ความหมาย และ เวลา 8:00- 12:00 น.	บรรยาย และอภิปรายด้วยชุด Power Point เรื่อง ความหมาย และคำรับอาหาร พื้นบ้านล้านนาเพื่อการเสริมสร้าง สุขภาพผู้สูงอายุ	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมาย และคำรับอาหาร พื้นบ้านล้านนาเพื่อการเสริมสร้าง สุขภาพผู้สูงอายุ
	กระบวนการปรุง อาหารพื้นบ้าน ล้านนาเพื่อ การเสริมสร้าง สุขภาพผู้สูงอายุ	1. สาธิตการเลือกวัตถุดิบทั้งพืชผักและ เนื้อสัตว์ เพื่อการปรุงอาหารพื้นบ้าน ล้านนา - การเลือกผักใบ - การเลือกผักหัว - การเลือกเนื้อหมู - การเลือกปลา - การปลูกผักพื้นบ้านในครัวเรือน 2. สาธิตวิธีการปรุงอาหารแบบสวงน คุณค่า - การแกง/จ่อ - การลวก/ต้มผัก 3. บรรยาย และอภิปรายด้วยชุด Power Point เรื่อง สารปรุงแต่งรส และผลกระทบต่อ สุขภาพ	มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการปรุงอาหารพื้นบ้าน ล้านนาเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุ
ครั้งที่ 2	ปัจจัยการดำรงอยู่ ของอาหาร 8:00- 12:00 น.	การเรียนรู้ผ่านการประชุมแบบมี ส่วนร่วม เพื่อสังเคราะห์ปัจจัยการดำรง อยู่ของอาหารพื้นบ้านล้านนาเพื่อ การเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เขตเมือง - แหล่งการเรียนรู้ - การยอมรับของสังคม - ความเกี่ยวเนื่องกับทรัพยากร ในชุมชน	ได้ข้อมูลปัจจัยการดำรงอยู่ ของอาหารพื้นบ้านล้านนา เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

ทั้งนี้ ในกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้นำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์พื้นฐาน ทั้งการสังเกต การสื่อสารในชุมชน การนำเสนอข้อมูล และการสรุปผล มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมถึงก่อนนำกิจกรรมไปบทยเรียนไปทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำร่างกิจกรรมบทยเรียนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบและเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

3. ประสิทธิภาพ และการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนต่อบทยเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น

3.1 การหาประสิทธิภาพของบทยเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น โดยหาอัตราส่วนประสิทธิภาพกระบวนการระหว่างเรียน (E1) และผลของการใช้บทยเรียน (E2) ($E1 / E2 = 80 / 80$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากคะแนนในการทำกิจกรรมระหว่างเรียน (E1) และผลของการใช้บทยเรียน (E2) เรื่อง ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุได้ค่าเท่ากับ 84.35 / 86.24 ส่วนกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ค่าเท่ากับ 83.87 / 85.39 ทั้งนี้ บทยเรียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ โดยได้ค่า $E1 / E2$ สูงกว่าเกณฑ์ 80 / 80 ที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิภาพของบทยเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ตามเกณฑ์ $E1 / E2$

บทยเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น	ผู้เรียน	จำนวน (คน)	E1	E2	E1 / E2
ภูมิปัญญาล้านนาด้านอาหารพื้นบ้านกับการเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	10	84.35	86.24	84.35 / 86.24
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	6	83.87	85.39	83.87 / 85.39

3.2 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน ระหว่างก่อนกับหลังการใช้บทยเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่น ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าหลังการใช้บทยเรียน ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้บทยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.644, p < .01$) ส่วนในกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าหลังการใช้บทยเรียน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนการใช้บทยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.081, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียน ระหว่างก่อนกับหลังการใช้บทเรียน
วิทยาศาสตร์ท้องถิ่น

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	SD	t	p
กลุ่มผู้สูงอายุ (n = 10)				
ก่อนการใช้บทเรียน	6.33	1.07	3.644	.004
หลังการใช้บทเรียน	7.91	1.08		
กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 6)				
ก่อนการใช้บทเรียน	5.83	.75	3.081	.027
หลังการใช้บทเรียน	8.00	1.09		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุบริโภคอาหารพื้นบ้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีปัจจัยทั้งสภาพร่างกายที่บางคนไม่สามารถประกอบอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้ ลูกหลานจึงเป็นผู้จัดหาอาหารให้ โดยอาหารส่วนใหญ่จะเป็นอาหารปรุงสำเร็จ รวมถึงผู้สูงอายุบางส่วนย้ายถิ่นฐานมาจากพื้นที่อื่น จึงไม่คุ้นเคยกับรสชาติของอาหารพื้นบ้านล้านนา อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความเชื่อในการรับประทานอาหารบางประเภทว่าส่งผลต่อความเจ็บป่วย เช่น การรับประทานเนื้อวัว ปลาไหล จะทำให้แผลหายช้า และผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการปรุงอาหารรับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา สุวิวัฒน์ (2554) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 94.30 รับประทานอาหารที่ปรุงเองบางมื้อ และซื้ออาหารปรุงสำเร็จหรืออาหารกระป๋องมารับประทานบางมื้อ คิดเป็นร้อยละ 51.70 รูปแบบการปรุงอาหาร ส่วนใหญ่เป็นแบบปิ้งย่าง นึ่ง ต้ม ปน ลาบ ก้อย

คิดเป็นร้อยละ 77 และไม่รับประทานอาหารดิบ คิดเป็นร้อยละ 94.50

ในส่วนของบทเรียนวิทยาศาสตร์ท้องถิ่นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าอาหารพื้นบ้านล้านนายังคงมีการบริโภคในพื้นที่ที่ศึกษา โดยกระบวนการปรุงอาหารแต่ละตำรับจะให้ความสำคัญกับการใช้วัตถุดิบที่หาได้ในชุมชน ทั้งนี้ ดำริบทเป็นอาหารพื้นบ้านที่ผู้สูงอายุนิยมบริโภคมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรสชาติของแกงแต่ละตำรับ เกิดจากการใช้เครื่องปรุงที่หลากหลาย อีกทั้งกิจกรรมของชุมชนทั้งงานมงคลและงานอวมงคล จะมีการแทรกตำรับแกงเพื่อเลี้ยงผู้มาร่วมงาน รวมถึงแกงบางตำรับยังเชื่อมโยงกับความเชื่อที่ว่าเมื่อรับประทานในโอกาสสำคัญแล้วจะทำให้ชีวิตอยู่ดีมีสุข สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ อารมณ์เกลี้ยง และสุภาพ จัตุภรณ์ (2557) ที่ศึกษาเส้นทางการสืบสานภูมิปัญญาอาหารล้านนาสู่ความยั่งยืน พบว่าอาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมล้านนาซึ่งเป็นอาหารที่มีที่มาจากค่านิยม ได้แก่ ลาบและแกงโสะ นิยมทำในโอกาสสำคัญ เนื่องจากมีส่วนประกอบของเนื้อสัตว์ซึ่งมีราคาแพง อาหารที่มีที่มาจากความเชื่อ ได้แก่ แกงอ่อม ยำจิ้นไก่ และแกงขนุน ชาวล้านนามีความเชื่อหากได้รับประทานอาหารเหล่านี้แล้ว จะเกิดความเป็นสิริมงคล ความอยู่ดีกินดี การมีสิ่งเกื้อหนุน

ให้ชีวิตอยู่ด้วยกันอย่างอบอุ่น ทั้งนี้ การพัฒนาบทเรียน วิทยาศาสตร์ท้องถิ่นโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุกับ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยร่วมกับ สถานการณ์ปัญหา ทำให้เนื้อหาของบทเรียนมีความทันสมัย และใกล้เคียงกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันของ ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ของกิจกรรมในบทเรียน ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมของ บทเรียนบางส่วนนั้น การนำเสนอและการร่วมกันอภิปราย ตามเนื้อหาที่กำหนด ผู้เรียนยังไม่สามารถเรียนรู้และเสนอ ความคิดเห็นต่อเนื้อหาได้มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้เรียนยังไม่คุ้นเคยกับการเข้าร่วมกิจกรรม และเนื้อหา บางส่วนมีเวลาน้อยในการดำเนินกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินความรู้หลังการทำกิจกรรมพบว่าสูงกว่า ก่อนการทำกิจกรรมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นว่าผู้เรียนมีความสนใจ และมี การบริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งแนวคิด ดังกล่าวแสดงถึงความรู้ ความเข้าใจในวิถีชีวิตที่ผูกพัน กับธรรมชาติ ที่สัมพันธ์กับประสบการณ์และบริบทแวดล้อม ทั้งด้านภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ สังคม และประวัติศาสตร์ ของสังคมนั้น อาหารพื้นบ้านก็เช่นเดียวกัน ที่แสดงถึง กระบวนการอันเชื่อมโยงกับทรัพยากรที่หาได้ในชุมชน กฎเกณฑ์ และเงื่อนไขของวิถีการดำเนินชีวิตที่แฝงอยู่ใน ตำรับอาหารแต่ละตำรับ นอกจากนี้ กระบวนการเหล่านี้ ยังเป็นระบบอำนาจของชุมชนที่ใช้ขัดเกลาและควบคุม ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน และเป็นแหล่งกำเนิดคุณค่า ที่ทำให้คนเข้ามามีความสัมพันธ์กัน (ยิ่งยง เทาประเสริฐ, 2546)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การประยุกต์ใช้เนื้อหาและกิจกรรมใน บทเรียน ควรก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ผสมผสาน กับวิถีชีวิตประจำวัน ปรับเนื้อหาให้ลดลง เพิ่มระยะเวลา และกิจกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร

และองค์ความรู้ด้านอาหารพื้นบ้านของผู้สูงอายุ

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ควรให้ความสำคัญ กับนโยบายการพึ่งตนเองด้านอาหารของผู้สูงอายุ วัฒนธรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มชาติพันธุ์ และเสริมสร้าง องค์ความรู้ท้องถิ่นเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้านที่เหมาะสมให้ แก่สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน

1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพ ผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับความเชื่อด้าน การบริโภคอาหารบางประเภทที่ไม่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรม การให้ความรู้ และให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งกันและกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาปริมาณสารอาหารในตำรับอาหาร พื้นบ้านแต่ละตำรับทางห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อได้ข้อมูลคุณค่าทางอาหารที่เป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ อันจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือ และเป็นการยืนยันข้อมูล ผู้การประยุกต์ใช้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพ

2.2 ควรมีการวิจัยและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย สาธารณะด้านอาหารพื้นบ้าน ซึ่งจะเป็นช่องทางในการสะท้อน ความต้องการแนวทางการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพเข้ากับวิธีการเสริมสร้างสุขภาพของชุมชน โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

- คำปุ่น วรณวงษ์. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จินตนา สุวิทวัส. (2554). ภาวะโภชนาการและบริโภค นิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนก การพยาบาลบำบัดพิเศษ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ และสุขภาพ*, 34(3), 22-30.

- ทัศนีย์ อารมณีกะลิ้ง, และสุภาพ ฉัตรภรณ์. (2557). เส้นทางการสืบสานภูมิปัญญาอาหารล้านนาสู่ความยั่งยืน. *วิทยาศาสตร์สาขาสังคมศาสตร์*, 35(2), 189-205.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2531). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิช.
- ฝ่ายบริการข้อมูล เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. (2552). *ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.
- พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์. (2557). *อาหารพื้นบ้านไทย*. สืบค้น วันที่ 23 มีนาคม 2557, จาก <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/2258/>
- ไมตรี สุทธิจิตต์. (2546). *สรุปการจัดสัมมนาวิชาการศาสตร์การแพทย์ทางเลือกสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์: 2004*. วันที่ 19-20 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมโรสการ์เด็น จังหวัดนครปฐม.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2546). *วิธีการดูแลสุขภาพในระบบการแพทย์พื้นบ้านล้านนา*. เชียงราย: สถาบันราชภัฏเชียงราย.
- โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน. (2557). *อาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ*. สืบค้น วันที่ 18 สิงหาคม 2558, จาก <http://www.msdbangkok.go.th/BKT/b3.html>
- สามารถ ใจเตี้ย, และดราวันน์ จำเกิด. (2557). การพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 15(2), 37-45.
- Anderson, L. W. (1988). Likert scales. In Keeves, J. P. (Ed.). *Educational research, methodology, and measurement: An international handbook*. pp. 427-428. Victoria: Pergamon.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Kathy, D. (2006). Elder abuse in context of poverty and deprivation and emergency department care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 10(4), 169-177.

ผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย Effects of Development Promotion based on DIR/Floortime Techniques in Autistic Children, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

ดาร์รินทร์ สิงห์สาธณ, วท.บ. (กิจกรรมบำบัด) *
Darin Singsathorn, B.Sc. (Occupational Therapy) *

วันเพ็ญ สุขสง, วท.ม. (การส่งเสริมสุขภาพ) **
Wanpen Suksong, M.Sc. (Health Promotion) **

วุฒิชัย เพ็ชรสิริวานิชย์, พ.บ. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู) ***
Wutthichai Permsirivanich, M.D. (Physical Medicine and Rehabilitation) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย จำนวนกลุ่มละ 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ แบบบันทึกพฤติกรรมเด็กออทิสติก แบบประเมินผลการรักษาเด็กออทิสติก แบบประเมินพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์ และแบบประเมินพัฒนาการตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์แบบบรรยาย ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมในช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 1) เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพัฒนาการระดับที่ 1-6 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.002, p < .001$; $t = 5.857, p < .001$ และ $t = 10.508, p < .001$ ตามลำดับ) 2) เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษาด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.218, p < .01$; $t = 6.528, p < .001$ และ $t = 6.708, p < .001$ ตามลำดับ) 3) เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษาด้านสังคมดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.708, p < .001$; $t = 8.409, p < .001$ และ $t = 14.861, p < .001$ ตามลำดับ) และ 4) เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษาด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.787, p < .001$; $t = 7.904, p < .001$ และ $t = 13.416, p < .001$ ตามลำดับ)

* นักกิจกรรมบำบัด ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

** พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

*** นายแพทย์เชี่ยวชาญ 8 หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครองเด็กออทิสติกควรนำเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอไรท์มาใช้ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
คำสำคัญ : การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กออทิสติก เทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of development promotion based on DIR/Floortime Techniques. Samples consisted of 11 autistic children and their parents who were the clients of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. The research instruments composed of a handbook for development promotion based on DIR/Floortime Techniques, a record form for autistic children behaviors, an assessment form for results of treatment, an assessment form for basic development based on DIR/Floortime Techniques, and a descriptive assessment form for development based on DIR/Floortime Techniques. The implementation and data collection were conducted from October, 2013 to March, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

Results revealed that at 6-month, 12-month, and 18-month after entering development promotion activities based on DIR/Floortime Techniques, 1) autistic children had statistically significant higher total mean score of 1st-6th development than before entering development promotion activities ($t = 11.002, p < .001$; $t = 5.857, p < .001$ and $t = 10.508, p < .001$, respectively); 2) autistic children had statistically significant higher mean score of result of treatment for speech, language, and communication than before entering development promotion activities ($t = 4.218, p < .01$; $t = 6.528, p < .001$ and $t = 6.708, p < .001$, respectively); 3) autistic children had statistically significant higher mean score of result of treatment for sociability than before entering development promotion activities ($t = 6.708, p < .001$; $t = 8.409, p < .001$ and $t = 14.861, p < .001$, respectively); and 4) autistic children had statistically significant higher mean score of result of treatment for sensori-motor perception than before entering development promotion activities ($t = 5.787, p < .001$; $t = 7.904, p < .001$ and $t = 13.416, p < .001$, respectively).

This study suggested that health care providers and parents should continuously apply DIR/Floortime Techniques for activating development among autistic children.

Keywords : Development promotion, Autistic children, DIR/Floortime techniques

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ออทิสติก เป็นโรคหรือกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในเด็ก เนื่องจากสมองผิดปกติ โดยเด็กจะอยู่แต่ในโลกของตนเอง และขาดความสนใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกับผู้อื่น ปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับสาเหตุของโรคที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้สมองของเด็กผิดปกติทั้งโครงสร้างและการทำงาน โดยความผิดปกติส่วนใหญ่เกิดขึ้นตั้งแต่ตัวอ่อนอยู่ในครรภ์มารดา สมองที่ผิดปกติทำให้เด็กแสดงความบกพร่องออกมามากหลายด้าน ซึ่งที่สำคัญได้แก่ ความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร และการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ (กิงแก้ว ปาจริย์, 2553) ทั้งนี้ปัญหาหลักของเด็กออทิสติกประกอบด้วยความผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านการสื่อสารทางภาษา และด้านพฤติกรรมและความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (American Psychiatric Association, 2000) ความบกพร่องด้านสังคมประกอบด้วยการไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม การไม่มองสบตาผู้อื่น การไม่สนใจบุคคลอื่นใด และการไม่ตอบสนองต่อการเรียกชื่อ (Volkmar et al., 2005) ความบกพร่องด้านการสื่อสารทางภาษาประกอบด้วย การพูดคำซ้ำๆ การมีข้อจำกัดในการใช้คำที่หลากหลาย (Landa, 2007) การไม่แสดงท่าทางในการสื่อสาร โดยจะพูดภาษาเฉพาะคนเดียวซึ่งคนอื่นไม่เข้าใจ ทั้งนี้ อาการผิดปกติจะเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้นเมื่อเด็กอายุราว 2-3 ปี (Tager-Flusberg & Caronna, 2007) ส่วนความบกพร่องด้านพฤติกรรมและความสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง พบว่าเด็กมีพฤติกรรมซ้ำๆ หลายอย่าง ดังการศึกษาของ Lam and Aman (2007) ที่พบว่าเด็กมีการสะบัดมือ การเล่นเสียง การหมุนตัว การทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดซ้ำๆ ไม่ชอบให้มีการเปลี่ยนแปลง รวมถึงมีการทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีซ้ำๆ เช่น การบิดแขน การโขกศีรษะ จากปัญหาดังกล่าวล้วนส่งผลต่อพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็กออทิสติก โดยทำให้เด็กมีความล่าช้าในการรับรู้และการเรียนรู้ต่างๆ ดังนั้น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้เด็กออทิสติกได้มี

การพัฒนาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และสติปัญญา ตามศักยภาพของแต่ละคน เพื่อให้เด็กสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีผลกระทบต่อผู้อื่นน้อยที่สุด (ปริศนา อานจำปา และคณะ, 2556)

จากการสำรวจประชากรพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 พบประชากรกลุ่มเด็กพิเศษในอัตรา 0.60 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยมีจำนวนบุคคลที่เข้าข่ายออทิสติกหรือสมาธิสั้นประมาณ 300,000 คน และมีบุคคลที่บกพร่องทางพัฒนาการ ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการส่งเสริมทักษะการดำรงชีวิต ซึ่งในการส่งเสริมดังกล่าวจะต้องจัดให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นพิเศษ (special needs) ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีระบบการช่วยเหลือที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน โดยการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ระบบการศึกษา และระบบการช่วยเหลือทางสังคมที่มีความหลากหลาย และการจัดการองค์ความรู้ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งแนวทางการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในปัจจุบันมี 2 แบบแผน คือ แบบแผนทางการแพทย์ ซึ่งเน้นการให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพ (professional or specialist) โดยคนพิการอยู่ในฐานะผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ส่วนอีกแบบแผนหนึ่งคือ แบบแผนทางสังคม ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ตามแนวทางการช่วยเหลือของกลุ่มผู้ปกครองในชุมชน (self help group) และหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยครอบครัว และชุมชนเป็นฐานการพัฒนา (family and community base rehabilitation) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553)

เทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรม์ (Developmental Individual difference Relationship-based: DIR/ Floortime Techniques) พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์สแตนลีย์ กรีนสแปน (Stanley Greenspan) และคณะ แห่งสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1998 โดยมีแนวคิดที่สำคัญคือ 1) ภาษา สติปัญญา อารมณ์ และทักษะทางสังคมของมนุษย์ เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการแลกเปลี่ยนการรับรู้อารมณ์ซึ่งกันและกัน 2) สมอง

ของเด็กมีความแตกต่างกันในเรื่องการรับรู้สิ่งเร้าและการวางแผนการสั่งการกล้ามเนื้อ และ 3) พัฒนาการของเด็กแต่ละด้านจะต้องสอดคล้องกัน ทั้งนี้ เทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธมมีหลักการดังนี้ 1) เน้นการส่งเสริมพัฒนาการจากระดับล่างขึ้นบน 2) เน้นกระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ และ 3) เน้นการขับเคลื่อนจากความต้องการของเด็กเอง (Greenspan & Weider, 1998) จากผลงานวิจัยของหลากหลายประเทศพบว่าให้ผลสอดคล้องกันคือ การส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธม ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น (Hess, 2012) โดยการบำบัดนี้อาศัยคนในครอบครัวเป็นหลักในการกระตุ้นพัฒนาการ และมีจุดเน้นที่โลกภายในแทนโลกภายนอก เปลี่ยนการสอนแบบนั่งโต๊ะเป็นการสอนจากชีวิตจริง ด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เน้นการฝึกกระตุ้นให้เด็กคิดเป็น แก้ไขปัญหาเป็น โดยมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นจากล่างขึ้นบนคือ เพื่อให้เด็กสงบ สนใจ จดจ่อ ผูกพันแน่นแฟ้นกับคนใกล้ชิด สามารถสื่อสารแสดงความรู้สึกของตนเอง เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น มั่นใจในตนเอง และรู้จักเหตุและผล โดยการบำบัดด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธมมีองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดคือ การกระตุ้นพัฒนาการในช่วงเวลาพิเศษระหว่างเด็กกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) เป็นการกระตุ้นพัฒนาการในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นสุข และปลอดภัย ในสภาพแวดล้อมที่เด็กคุ้นเคยก่อนที่จะขยายทักษะที่ได้ไปใช้ในสภาพแวดล้อมนอกบ้าน 2) การกระตุ้นพัฒนาการต้องกระทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ผู้ปกครองจะต้องบริหารจัดการเวลาในการฝึกให้มากและถี่พอ โดยพยายามดึงข้อดีของแต่ละบุคคลในครอบครัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และ 3) การกระตุ้นพัฒนาการจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามระดับพัฒนาการ และใช้วิธีการที่เหมาะสมกับระบบของเด็กแต่ละคน โดยใช้สิ่งที่เด็กสนใจเป็นเครื่องนำทาง (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2553)

จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากษาศาไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่ามีเด็กออทิสติกที่มารับบริการกิจกรรมบำบัด จำนวน 7 คน 14 คน และ 18 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนมี

แนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ งานกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลได้มีการนำเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธมมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 รวมถึงมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธม ให้แก่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกและเด็กสมาธิสั้น จำนวน 2 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2554 และปี พ.ศ. 2557 คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธม ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ อันเป็นพื้นฐานในการนำเทคนิคดีไออาร์/ฟลอรีโธมไปใช้กับเด็กออทิสติกในบริบทต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่สมวัยยิ่งขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอรีโธม ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษาของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอรีโธมดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ

2. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอรีโธมดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6

3. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของ ดีไออาร์/ฟลอไรท์ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12

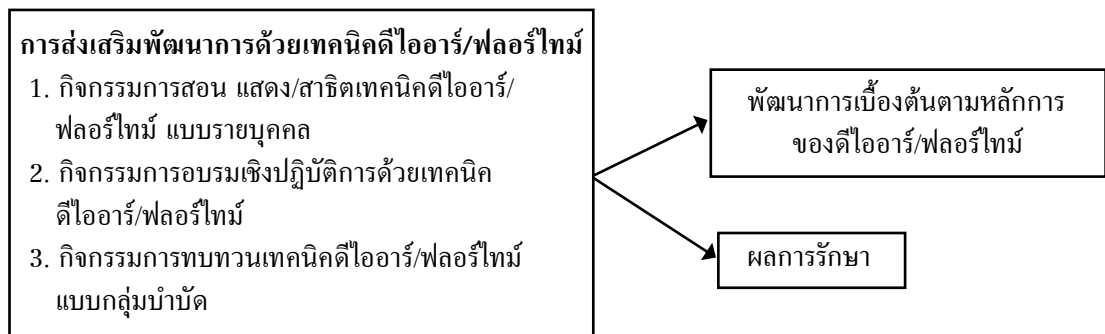
4. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมี ผลการรักษาดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ

5. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีผลการรักษา ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6

6. หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีผลการรักษาดีกว่าหลังเข้าร่วม กิจกรรมฯ เดือนที่ 12

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ ของ Greenspan and Weider (1998) มาใช้ในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กออทิสติก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม เป็นเวลาทั้งสิ้น 18 เดือน โดยศึกษาผลในเรื่องพัฒนา การเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์ 6 ระดับ และผลการรักษา 3 ด้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง การทดลอง (one groups, pretest-posttest design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ วิจัยและจริยธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาการพยาบาลไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นเด็กออทิสติกที่ได้รับการคัดกรองและตรวจวินิจฉัยโดยกุมารแพทย์/จิตแพทย์

เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาการพยาบาลไทย จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2558 จำนวน 18 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 2-12 ปี (ช่วงพัฒนาการ เด็กปฐมวัยถึงวัยเด็กตอนปลาย) 2) มีความรุนแรงของ โรคในระดับน้อยถึงปานกลาง (เปอร์เซ็นต์ไทล์ของคะแนน อยู่ในช่วง 0-66) โดยประเมินจากแบบประเมินผลการรักษา เด็กออทิสติก (Autism Treatment Evaluation Checklist: ATEC) ของ Rimland and Edelson (2000) และ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีปัญหา

สุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการไม่ครบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 11 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 11 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ คณะผู้วิจัยใช้คู่มือของอิสริย์ พิณสุวรรณ (2552) ซึ่งเป็นคู่มือการกระตุ้นพัฒนาการระดับที่ 1-6 ตามแนวคิดของ Greenspan and Weider (1998) ตามหลักการของเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสิ้น 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสอน แสดง/สาธิต เทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ แบบรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง โดยนักกิจกรรมบำบัดสอน แสดง/สาธิตเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์แก่ผู้ปกครองเด็กออทิสติก เป็นเวลาทั้งสิ้น 1 เดือน จากนั้นให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกแสดงวิธีฝึกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ที่ห้องกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล แบบรายบุคคล ให้เวลาคนละ 1 ชั่วโมง โดยมีนักกิจกรรมบำบัดเป็นผู้ชี้แจง และให้ฝึกเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ที่บ้านทุกสัปดาห์ โดยมีสมุดบันทึกระดับขั้นของการฝึกด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์เป็นสื่อกลางในการบันทึกร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ สำหรับเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก ใช้เวลา 1 วัน โดยวิทยากรภายนอกจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการทบทวนเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ แบบกลุ่มบำบัด ครั้งละ 6 ครอบครัว เป็นเวลา 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยจัดในเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ตามลำดับ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ปกครองให้มีการส่งเสริมพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง โดยมีการใช้ application line แบบกลุ่มเพื่อติดต่อสื่อสารกับผู้ปกครองในแต่ละสัปดาห์ของการฝึก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กออทิสติกและผู้ปกครองเด็กออทิสติก คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้ปกครองตอบ ข้อมูลของเด็กออทิสติกประกอบด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค จำนวน 3 ข้อ ส่วนข้อมูลของผู้ปกครองเด็กออทิสติกประกอบด้วย เพศ อายุ และการศึกษา จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมเด็กออทิสติก คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกบันทึกพฤติกรรมเด็กออทิสติกในช่วงเวลาการฝึก (ที่โรงพยาบาล) และที่บ้าน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ชอบ 1-3 อย่าง หนังสือที่ชอบ รายการโทรทัศน์ที่ชอบ เกมที่ชอบเล่น สัตว์ที่ชอบ ของเล่นที่ชอบเล่น เสียที่ชอบ/กลัว กลิ่นที่ชอบ/ไม่ชอบ สัมผัสที่ชอบ ความถี่ในการเดินเขย่งเท้า และความถี่ในการสะบัดมือ จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินผลการรักษาเด็กออทิสติก (ATEC) คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Rimland and Edelson (2000) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยวนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์ (2547) สำหรับให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกประเมินตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 20 ข้อ ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้จำนวน 18 ข้อ และด้านสุขภาพ ร่างกาย และพฤติกรรม จำนวน 25 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 77 ข้อ โดยด้าน

การพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่จริง จริงบ้าง และจริงมาก ส่วนด้านสังคม และด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่มี มีบ้าง และมีมาก สำหรับด้านสุขภาพ ร่างกาย และพฤติกรรม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เป็นปัญหา เป็นปัญหาน้อย เป็นปัญหาปานกลางและเป็นปัญหารุนแรง คะแนนผลการรักษาโดยรวมอยู่ในช่วง 0-179 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0-99 คือ ระดับที่ 1 ความรุนแรงของโรคระดับน้อย (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 0-33) ระดับที่ 2 ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 34-66) และระดับที่ 3 ความรุนแรงของโรคระดับมาก (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 67-99) ทั้งนี้ การคิดคะแนนของด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร และด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ มีการกลับค่าคะแนนในข้อคำถามทางลบก่อน และมีการแปลย้อนกลับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องและความตรงด้านภาษา มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาคเท่ากับ .84

ชุดที่ 4 แบบประเมินพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์โม คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินของอิสริย์ เพ็ญสุวรรณ (2552) ซึ่งดัดแปลงจากพัฒนาการ 6 ระดับ (six developmental milestones) ของ Greenspan and Weider (1998) เป็นแบบประเมินที่เน้นการสังเกตพฤติกรรมของเด็กขณะเล่น การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด บุคคลอื่น และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน โดยวัดพัฒนาการด้านการสื่อสาร การรู้คิด ความเข้าใจ และการแสดงออกด้านอารมณ์พื้นฐาน สำหรับให้นักกิจกรรมบำบัดประเมิน จำนวนทั้งสิ้น 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ยังทำไม่ได้ ทำได้บางครั้ง และทำได้ดีตลอด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ผ่านการประเมิน

(2 คะแนน) และไม่ผ่านการประเมิน (0-1 คะแนน) ทั้งนี้ เด็กที่ไม่ผ่านการประเมินต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) การมีพัฒนาการขั้นพื้นฐานที่สมบูรณ์จะต้องผ่านการประเมินทุกหัวข้อ 2) เมื่อเด็กมีระดับพัฒนาการที่สูง แต่ระดับพัฒนาการที่ต่ำกว่าบางข้อยังไม่ผ่านต้องทำการส่งเสริมพัฒนาการในข้อนั้น และ 3) เมื่อเด็กมีคะแนนพัฒนาการกระจายอยู่ในแต่ละระดับ ให้ใช้ระดับที่ได้คะแนน 2 มากกว่า เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าเด็กมีพัฒนาการอยู่ในระดับใด แต่ต้องทำการส่งเสริมพัฒนาการข้อที่ยังบกพร่องอยู่

ชุดที่ 5 แบบประเมินผลการรักษาเด็กออทิสติก (ATEC) คณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับดัดแปลงของอิสริย์ เพ็ญสุวรรณ (2552) สำหรับให้นักกิจกรรมบำบัดประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร จำนวน 14 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ และด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ จำนวน 18 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ผ่าน หรือ ไม่ผ่าน เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบว่าผ่าน จะได้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ผ่าน จะได้ 0 คะแนน คะแนนผลการรักษาโดยรวมอยู่ในช่วง 0-42 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยปรับคะแนนให้อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0-99 ได้แก่ ระดับที่ 1 มีผลการรักษาในระดับต่ำ (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 0-33) ระดับที่ 2 มีผลการรักษาในระดับปานกลาง (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 34-66) และระดับที่ 3 มีผลการรักษาในระดับสูง (เปอร์เซ็นต์ไทล์อยู่ในช่วง 67-99)

ชุดที่ 6 แบบประเมินพัฒนาการตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์โมแบบบรรยาย (descriptive data) คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากพัฒนาการ 6 ระดับ ของ Greenspan and Weider (1998) สำหรับให้นักกิจกรรมบำบัดประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมของเด็กขณะเล่น การมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด บุคคลอื่น และพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ รูปแบบการประเมินเน้นการสังเกตพัฒนาการที่เกิดขึ้นจริง และเน้นพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออก รวมถึงความถี่ที่ทำได้ ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร การรู้คิด

ความเข้าใจ และอารมณ์พื้นฐาน ทั้งด้านบวกและด้านลบ จากนั้นนำข้อมูลรายละเอียดของพฤติกรรมที่สังเกตได้ มาประกอบการบรรยายสรุป เพื่อให้เห็นภาพรวมของ พัฒนาการ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภาการศึกษา

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครอง เด็กออทิสติก แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและ เก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิ ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็ก ออทิสติกรับการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการ ของดีไออาร์/พลอร์โทม และรับการประเมินผลการรักษา เด็กออทิสติก ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ (pre-test) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติก ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลฯ โดยให้เวลาตอบ 15 นาที

4. คณะผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ปกครองเด็กออทิสติกเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ใน การเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการแต่ละครั้ง

5. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กออทิสติก และผู้ปกครองเด็กออทิสติกเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริม พัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/พลอร์โทมไปพร้อมๆ กัน ที่ห้องกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล โดยการฝึกแบบ รายบุคคลใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ส่วนการฝึกแบบกลุ่มบำบัดใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง แต่ละครั้ง ห่างกัน 6 เดือน รวมเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 18 เดือน ทั้งนี้ ในแต่ละชั่วโมงการฝึกแบบรายบุคคลที่โรงพยาบาล นักกิจกรรมบำบัดทำการประเมินพัฒนาการตามหลักการ ของดีไออาร์/พลอร์โทม โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการฯ

แบบบรรยาย และผู้ปกครองเด็กออทิสติกบันทึกพฤติกรรม เด็กออทิสติก โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรมเด็กออทิสติก

6. คณะผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ปกครอง เด็กออทิสติกในการใช้เทคนิคดีไออาร์/พลอร์โทมกับ เด็กออทิสติกที่บ้านทุกสัปดาห์ เป็นเวลาทั้งสิ้น 18 เดือน พร้อมทั้งบันทึกพฤติกรรมเด็กออทิสติก โดยใช้แบบบันทึก พฤติกรรมเด็กออทิสติก

7. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็ก ออทิสติกรับการประเมินพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการ ของดีไออาร์/พลอร์โทม และรับการประเมินผลการรักษา เด็กออทิสติก หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ (post-test) 3 ระยะ ได้แก่ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และ เดือนที่ 18

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนตุลาคม 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของ ดีไออาร์/พลอร์โทม และผลการรักษา ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วม กิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลจากการจดบันทึก สิ่งที่เกิดขึ้นได้เกี่ยวกับระยะเวลาและความถี่ของพฤติกรรม ที่แสดงออก ตามลำดับขั้นของดีไออาร์/พลอร์โทม 6 ระดับ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ มีการเปรียบเทียบพัฒนาการที่เกิดขึ้น และนำมาประกอบการ บรรยายสรุป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เด็กออทิสติก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.64 มีอายุเฉลี่ย 5 ปี 1 เดือน (SD = .89) และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง

คิดเป็นร้อยละ 63.64 และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.37

1.2 ผู้ปกครองเด็กออทิสติก พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.82 มีอายุเฉลี่ย 41 ปี ($SD = 2.60$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 63.64

2. การเปรียบเทียบพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์ของเด็กอทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 มีดังนี้

2.1 พัฒนาการระดับที่ 1 (การควบคุมตนเองและความสนใจโลกภายนอก) พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 1 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.888, p < .05; t = 3.390, p < .01$ และ $t = 4.529, p < .01$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 1 ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.319, p < .05$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 1 ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.558, p < .01$) แต่ไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 พัฒนาการระดับที่ 2 (ความใกล้ชิด) พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 2 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.525, p < .01; t = 4.321, p < .01$ และ $t = 8.547, p < .001$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วม

กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 2 ไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 2 ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.202, p < .001$ และ $t = 3.098, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.3 พัฒนาการระดับที่ 3 (การสื่อสารสองทาง) พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 3 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.914, p < .05; t = 4.368, p < .01$ และ $t = 15.768, p < .001$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 3 ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.875, p < .05$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 3 ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.382, p < .001$ และ $t = 3.108, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.4 พัฒนาการระดับที่ 4 (การสื่อสารที่ซับซ้อน) พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 4 ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.426, p < .05; t = 4.026, p < .01$ และ $t = 7.355, p < .001$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กอทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 4 ไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริม

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 1 การควบคุมตนเองและความสนใจ
โลกภายนอก พัฒนาการระดับที่ 2 ความใกล้ชิด และพัฒนาการระดับที่ 3 การสื่อสารสองทาง
ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6
เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และ
เดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 (n = 11)

พัฒนาการ	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม			t	p
	กิจกรรม	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12	เดือนที่ 18		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ระดับที่ 1	42.04 (21.12)	53.41 (23.10)	-	-	2.888	.016
การควบคุม ตนเองและ ความสนใจ โลกภายนอก	42.04 (21.12)	-	64.77 (24.88)	-	3.390	.007
	42.04 (21.12)	-	-	69.70 (23.87)	4.529	.001
	-	53.41 (23.10)	64.77 (24.88)	-	2.319	.043
	-	53.41 (23.10)	-	69.70 (23.87)	3.558	.005
	-	-	64.77 (24.88)	69.70 (23.87)	1.726	.115
ระดับที่ 2	40.25 (14.38)	50.64 (19.28)	-	-	3.525	.005
ความใกล้ชิด	40.25 (14.38)	-	62.98 (18.84)	-	4.321	.002
	40.25 (14.38)	-	-	76.03 (19.85)	8.547	< .001
	-	50.64 (19.28)	62.98 (18.84)	-	2.226	.050
	-	50.64 (19.28)	-	76.03 (19.85)	5.202	< .001
	-	-	62.98 (18.84)	76.03 (19.85)	3.098	.011
ระดับที่ 3	42.04 (17.69)	52.68 (21.73)	-	-	2.914	.015
การสื่อสาร สองทาง	42.04 (17.69)	-	63.56 (22.76)	-	4.368	.001
	42.04 (17.69)	-	-	75.48 (19.64)	15.768	< .001
	-	52.68 (21.73)	63.56 (22.76)	-	2.875	.017
	-	52.68 (21.73)	-	75.48 (19.64)	9.382	< .001
	-	-	63.56 (22.76)	75.48 (19.64)	3.108	.011

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพัฒนาการระดับที่ 4 การสื่อสารที่ซับซ้อน พัฒนาการระดับที่ 5 ความคิดสะท้อนอารมณ์/บทบาทสมมติ และพัฒนาการระดับที่ 6 การคิดอย่างมีเหตุผล ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 (n = 11)

พัฒนาการ	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม			<i>t</i>	<i>p</i>
	กิจกรรม	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12	เดือนที่ 18		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ระดับที่ 4 การสื่อสาร ที่ซับซ้อน	31.51 (19.22)	38.15 (21.42)	-	-	2.426	.036
	31.51 (19.22)	-	46.88 (23.63)	-	4.026	.002
	31.51 (19.22)	-	-	58.94 (23.51)	7.355	< .001
	-	38.15 (21.42)	46.88 (23.63)	-	2.089	.063
	-	38.15 (21.42)	-	58.94 (23.51)	4.600	.001
	-	-	46.88 (23.63)	58.94 (23.51)	3.819	.003
ระดับที่ 5 ความคิด สะท้อน อารมณ์/ บทบาทสมมติ	19.22 (18.12)	21.67 (17.81)	-	-	.744	.474
	19.22 (18.12)	-	26.91 (18.92)	-	1.964	.078
	19.22 (18.12)	-	-	36.01 (24.15)	3.232	.009
	-	21.67 (17.81)	26.91 (18.92)	-	1.808	.101
	-	21.67 (17.81)	-	36.01 (24.15)	4.211	.002
	-	-	26.91 (18.92)	36.01 (24.15)	4.349	.001
ระดับที่ 6 การคิดอย่าง มีเหตุผล	13.33 (14.06)	21.32 (24.08)	-	-	2.051	.067
	13.33 (14.06)	-	27.26 (24.57)	-	3.609	.005
	13.33 (14.06)	-	-	33.14 (21.96)	5.711	< .001
	-	21.32 (24.08)	27.26 (24.57)	-	2.676	.023
	-	21.32 (24.08)	-	33.14 (21.96)	3.676	.004
	-	-	27.26 (24.57)	33.14 (21.96)	1.823	.098

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพัฒนาการระดับที่ 1-6 ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อน กับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 ($n = 11$)

พัฒนาการ	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม			<i>t</i>	<i>p</i>
	กิจกรรม	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12	เดือนที่ 18		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ระดับที่ 1-6	188.42 (90.53)	241.31 (95.88)	-	-	11.002	< .001
	188.42 (90.53)	-	301.47 (100.27)	-	5.857	< .001
	188.42 (90.53)	-	-	357.27 (98.95)	10.508	< .001
	-	241.31 (95.88)	301.47 (100.27)	-	3.586	.005
	-	241.31 (95.88)	-	357.27 (98.95)	8.929	< .001
	-	-	301.47 (100.27)	357.27 (98.95)	7.550	< .001

3. การเปรียบเทียบผลการรักษาของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 มีดังนี้

3.1 ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยเทคนิคไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดีวก่อน เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 4.218, p < .01$; $t = 6.528, p < .001$ และ $t = 6.708, p < .001$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.658, p < .01$)

หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.818, p < .01$) แต่ไม่แตกต่างจากหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

3.2 ด้านสังคม พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านสังคม ดีวก่อน เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.708, p < .001$; $t = 8.409, p < .001$ และ $t = 14.861, p < .001$ ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านสังคม ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.038, p < .01$) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ

เดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านสังคมดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.062, p < .001$ และ $t = 6.104, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

3.3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอไรท์ เดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.787, p < .001$; $t = 7.904, p < .001$ และ $t = 13.416, p < .001$

ตามลำดับ) หลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 12 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษา ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ดีกว่าหลังเข้าร่วม กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 2.932, p < .05$) หลังเข้าร่วมกิจกรรม การส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 18 เด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ย คะแนนผลการรักษา ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ ดีกว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการฯ เดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.905, p < .001$ และ $t = 5.333, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลการรักษาด้านการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ผลการรักษาด้านสังคม และผลการรักษาด้านประสาทรับรู้ความรู้สึก/การรับรู้ ของเด็กออทิสติก ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเดือนที่ 6 เดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 ระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 6 กับเดือนที่ 12 และเดือนที่ 18 และระหว่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เดือนที่ 12 กับเดือนที่ 18 (n = 11)

ผลการรักษา	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วมกิจกรรม			t	p
	กิจกรรม	เดือนที่ 6	เดือนที่ 12	เดือนที่ 18		
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		
ด้านการพูด	2.18 (1.60)	4.54 (1.80)	-	-	4.218	.002
การใช้ภาษา และ	2.18 (1.60)	-	6.00 (1.94)	-	6.528	< .001
การติดต่อสื่อสาร	2.18 (1.60)	-	-	7.36 (2.33)	6.708	< .001
	-	4.54 (1.80)	6.00 (1.94)	-	4.658	.001
	-	4.54 (1.80)	-	7.36 (2.33)	4.818	.001
	-	-	6.00 (1.94)	7.36 (2.33)	2.053	.067
ด้านสังคม	2.00 (1.00)	3.63 (.92)	-	-	6.708	< .001
	2.00 (1.00)	-	5.00 (1.09)	-	8.409	< .001
	2.00 (1.00)	-	-	7.09 (1.30)	14.861	< .001
	-	3.63 (.92)	5.00 (1.09)	-	4.038	.002
	-	3.63 (.92)	-	7.09 (1.30)	11.062	< .001
	-	-	5.00 (1.09)	7.09 (1.30)	6.104	< .001
ด้านประสาท	2.18 (1.32)	4.36 (1.74)	-	-	5.787	< .001
รับรู้ความรู้สึก/	2.18 (1.32)	-	6.09 (1.75)	-	7.904	< .001
การรับรู้	2.18 (1.32)	-	-	8.18 (2.31)	13.416	< .001
	-	4.36 (1.74)	6.09 (1.75)	-	2.932	.015
	-	4.36 (1.74)	-	8.18 (2.31)	6.905	< .001
	-	-	6.09 (1.75)	8.18 (2.31)	5.333	< .001

4. ข้อมูลจากการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้เกี่ยวกับระยะเวลาและความถี่ของพฤติกรรมที่แสดงออก ตามลำดับชั้นของดีไออาร์/ฟลอไรท์ 6 ระดับ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าเด็กออทิสติกทุกคนให้ความสนใจจดจ่อต่อโลกภายนอกได้ดีขึ้น โดยสบตาหันตามเสียงเรียก ตอบสนองเมื่อเรียกชื่อ มีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและคนรอบข้างได้ดีขึ้น บางคนสามารถเล่นสนุก เล่นเคลื่อนไหวต่อสู้กับพ่อแม่ และเริ่มเล่นกับเพื่อนในห้องเรียน พบว่าเด็กออทิสติก 9 คน มีสมาธิมากขึ้น เริ่มสามารถนั่งเรียนบนเก้าอี้ได้มากขึ้น ส่วนอีก 2 คนนั่งได้ แต่ต้องคอยกระตุ้นเตือนและสลับกับการเคลื่อนไหว เด็กหลายคนเริ่มเข้ามาชวนเล่น โดยการดึงมือ ดึงแขน และใช้คำพูดกำกับ เช่น ป๊ะ เล่น ไปเล่น เด็กออทิสติก 2 คน เริ่มมีการสื่อสารที่ซับซ้อน เช่น เข้ามาโอบกอดพ่อแม่ ทำสีหน้าท่าทางแบบอื่น พร้อมกับคำพูดเพื่อขอเล่น โทรศัพท์ของพ่อ ส่วนด้านความคิดสะท้อนอารมณ์/บทบาทสมมติ พบว่าเด็กออทิสติก 4 คน สามารถเล่นบทบาทสมมติได้ เช่น นำตุ๊กตามาทอด แล้วเดินไปเอาช้อนมาตักถ้วยใส่ปากตุ๊กตา ส่วนพัฒนาการด้านการคิดอย่างมีเหตุผล พบว่าพัฒนาการด้านนี้ต้องใช้ระยะเวลานานพอสมควร โดยมีเด็กออทิสติก 2 คน ที่สามารถพัฒนาความมีเหตุผลได้ภายในระยะเวลา 1 ปี ส่วนอีก 9 คนพัฒนาการด้านนี้ค่อยๆ ชัดเจนขึ้น เมื่อฝึกพัฒนาการผ่านไปนานกว่า 1 ปี

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กออทิสติกมีพัฒนาการเบื้องต้นตามหลักการของดีไออาร์/ฟลอไรท์ทั้ง 6 ระดับ และมีผลการรักษาทั้ง 3 ด้าน ดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากเด็กออทิสติกได้รับการฝึกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์อย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานาน ซึ่งเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์

เป็นเทคนิคที่เน้นพัฒนาการของการมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารและการคิด โดยมีความต้องการและอารมณ์ของเด็กเป็นแรงจูงใจ คำนึงถึงความแตกต่างของระบบการรับรู้การประมวลผล และการสั่งการของกล้ามเนื้อของเด็กแต่ละคนเป็นสำคัญ รวมทั้งเน้นการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็ก ทั้งนี้ เทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์มีองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดซึ่งแตกต่างจากเทคนิคอื่นคือการเน้นช่วงเวลาพิเศษที่สมาชิกในครอบครัวใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นสุข สนุก และปลอดภัย ผู้ปกครองใช้เวลากับเด็กโดยมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนคือ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการ โดยกิจกรรมที่เลือกเป็นกิจกรรมที่เด็กสนใจและตรงกับระดับพัฒนาการ ซึ่งเด็กเป็นผู้นำและคิดกิจกรรม ส่วนผู้ปกครองเป็นผู้คอยหาจังหวะหรือสร้างสถานการณ์ให้เด็กคิดแก้ปัญหา สื่อสาร ได้ตอบโต้เดิมความคิดและอารมณ์ซึ่งกันและกัน เด็กจึงเกิดความรู้สึกสนุก สนใจ และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง องค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งของเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์คือ การเน้นการฝึกทักษะที่บ้าน โดยเป็นการฝึกเพื่อช่วยให้เด็กพัฒนาความสามารถใหม่ๆ เช่น การฝึกช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน รวมถึงการฝึกเพื่อแก้ไขความบกพร่องพื้นฐานของสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก (กึ่งแก้ว ปาจารย์, 2553)

นอกจากลักษณะและองค์ประกอบสำคัญของเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ดังกล่าวข้างต้นแล้ว การที่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้รับการฝึกเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างเป็นระบบจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา โดยนักกิจกรรมบำบัดทำการสอน แสดง/สาธิตเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์แก่ผู้ปกครองเด็กออทิสติกแบบรายบุคคล และให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้มีส่วนร่วมและได้ลงมือปฏิบัติ ส่งผลให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองเด็กออทิสติกได้รับการสอน และมีประสบการณ์ตรงจากการได้ลงมือปฏิบัติ โดยได้เห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องนั้นๆ และช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (ทิศนา เหมมณี,

2557) และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ปกครองเด็กออทิสติกยังได้นำเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์มาใช้กับเด็กออทิสติกที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จึงมีการฝึกปฏิบัติซ้ำบ่อย ๆ จนเกิดความชัดเจนในกระบวนการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก

ส่วนรูปแบบการจัดกิจกรรมตามเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์นั้น นับว่าเป็นส่วนสำคัญเช่นกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง รวมทั้งมีการทบทวนกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครองเป็นระยะ ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มบำบัด ทำให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจและกล้าที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์กับบุตรหลานของตน ทั้งที่ห้องกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาล ที่บ้าน และในสถานการณ์อื่นๆ สำหรับจุดเน้นของเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ที่แตกต่างจากเทคนิคอื่นคือ มีการประเมินที่เหมาะสม และอาศัยวิธีการที่แตกต่างกันไปตามบริบทและสถานการณ์ โดยพิจารณาจากความสามารถที่ใช้การได้ กล่าวคือ เด็กมีการสื่อสารที่สามารถสื่อและรับข้อมูลได้ครบถ้วน ถูกต้อง และตรงตามอารมณ์ แสดงสีหน้า ท่าทาง และความต้องการได้ดี ทั้งในฐานะผู้ส่งสารและผู้รับสาร (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2553)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา อานจำปา และคณะ (2556) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมพัฒนาการนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึมด้วยเทคนิค DIR/Floortime พบว่าจากการประเมินพัฒนาการเด็กที่มีภาวะออทิสซึมในแต่ละขั้นพัฒนาการ (ก่อน-หลัง) เด็กออทิสซึมมีพัฒนาการดีขึ้น โดยกระบวนการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิค DIR/Floortime ควรเน้นการฝึกผู้ปกครองให้มีความรู้ในการใช้เทคนิค DIR/Floortime ครูผู้ฝึกควรมีการติดตามประเมินผลนักเรียนอย่างต่อเนื่อง และเป็นผู้ช่วยแนะนำการใช้เทคนิคแก่ผู้ปกครองเป็นระยะๆ ตามขั้นพัฒนาการของนักเรียนแต่ละคน ซึ่งข้อคิดที่ได้จากการวิจัยคือ การกระตุ้นพัฒนาการของนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึม

ด้วยเทคนิค DIR/Floortime จะต้องทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง สมาชิกครอบครัวทุกคนควรมีความรู้เรื่องเทคนิค DIR/Floortime และควรได้รับการดูแลจิตใจซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ ผลของการฝึกช่วยให้นักเรียนหลายคนสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมากขึ้น มีการสื่อสารกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นทางกายหรือการออกเสียง รู้จักแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pajareya and Nopmaneejumruslers (2012) ที่ศึกษาการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกระดับปฐมวัย ซึ่งมีการฝึกให้พ่อแม่ใช้เทคนิค DIR/Floortime กับเด็กที่บ้าน 14 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็นเวลา 1 ปี พบว่าเด็กออทิสติกร้อยละ 47 มีพัฒนาการดีขึ้น และมีความรุนแรงของภาวะออทิสซึมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ได้เสนอว่าการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กออทิสติกควรใช้เวลาอย่างน้อย 1 ปี แบบต่อเนื่องจึงจะทำให้เห็นความก้าวหน้าของพัฒนาการอย่างชัดเจน นอกจากนี้ กิ่งแก้ว ปาจริย (2553) ยังได้เสนอว่าการฝึกพัฒนาการในเด็กออทิสติกต้องกระทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ผู้ปกครองต้องมีการบริหารจัดการเวลาในการฝึกให้มากและถี่พอ โดยดึงข้อดีของแต่ละบุคคลในครอบครัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งการกระตุ้นพัฒนาการต้องปรับเปลี่ยนไปตามระดับพัฒนาการ และใช้วิธีการที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละคน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องและผู้ปกครองเด็กออทิสติกควรนำเทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติก โดยเฉพาะผู้ปกครองเด็กออทิสติก ควรให้ความร่วมมือในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้สามารถอ้างอิงในกลุ่มประชากรเด็กออทิสติกได้มากขึ้น โดยอาจศึกษาในลักษณะเปรียบเทียบกับโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอื่นที่มีใช้อยู่แล้ว

2.2 ควรทำการศึกษาผลของการใช้เทคนิคดีไออาร์/ฟลอไรท์ใหม่ในบริบทของครอบครัวและโรงเรียน เนื่องจากเด็กออทิสติกต้องใช้ชีวิตประจำวันทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกและครูสามารถประยุกต์เทคนิคดังกล่าวในสถานการณ์ต่างๆ ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาวิชาการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ขอขอบคุณนายแพทย์กมลวุฒิ คนฉลาด นายแพทย์เชี่ยวชาญ พิเศษ 9 และคุณอุไรวรรณ ห้วยโสภ นักรายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ 8 ฝ่ายเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย รวมถึงขอขอบคุณผู้ปกครองเด็กออทิสติกทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กิ่งแก้ว ปาจริย. (2553). *คู่มือการพัฒนาเด็กออทิสติกแบบองค์รวม (เทคนิค DIR/ฟลอไรท์)*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

ทิสนา เขมมณี. (2557). *14 วิธีสอนสำหรับครูมีออทิซึม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปริศนา อานจำปา, และคณะ. (2556). *ผลการส่งเสริมพัฒนาการนักเรียนที่มีภาวะออทิสซึมด้วยเทคนิค DIR/Floortime*. สืบค้น วันที่ 12 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.autistickku.com/ARC/research_file/บทคัดย่อฟลอไรท์29กค56_8.pdf

วนาลักษณ์ เมืองมลมนิรัตน์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจประชากรพิการ*. สืบค้น วันที่ 11 พฤษภาคม 2559, จาก www.nso.go.th

อิสริย์ เชื้อนสุวรรณ. (2552). *การออกแบบโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกตามหลักการของดีไออาร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: Author.

Greenspan, S. I., & Weider, S. (1998). *The child with special needs: Encouraging intellectual and emotional growth*. Reading, MA: Perseus Books.

Hess, E. B. (2012). *DIR®/Floortime™: Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents*. Retrieved December 2, 2016, from https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=52660

Lam, K. S. L., & Aman, M. G. (2007). *Repetitive behavior scale-revised 3 years and older assesses restricted repetitive behaviors*. Retrieved March 20, 2010, from <https://books.google.co.th/baks?id=JnSJBAAQBAJ&pg=PA26&dq=lam%aman,2007&source>

- Landa, R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 16-25.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2012). A one-year prospective follow-up study of a DIR/Floortime parent training intervention for preschool children with autistic spectrum disorders. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(9), 1184-1193.
- Rimland, B., & Edelson, S. M. (2000). *Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)*. Retrieved March 20, 2010, from https://www.autism.com/ind_atec
- Tager-Flusberg, H., & Caronna, E. (2007). Language disorders: Autism and other pervasive developmental disorders. *Pediatric Clinics of North America*. Retrieved March 20, 2014, from <https://www.bu.edu/autism/files/2010/Pedclinic2007proof1.pdf>
- Volkmar, F. R., et al. (2005). *Autism and related disorders*. Retrieved February 20, 2014, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3848246>
-

อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Incidence and Factors Associated with Fall among the Community-Dwelling Elderly, Suratthani

ดาราวรรณ รองเมือง, ปส.ด. (การพยาบาล) *

ฉันทนา นาคฉัตรีย์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) *

Chantana Nakchattri, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

จิราพร ทองดี, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) **

จิตติยา สมบัติบุญ, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ***

Jeeraporn Tongdee, M.N.S. (Gerontological Nursing) **

Jittiya Sombutboon, M.N.S. (Gerontological Nursing) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 206 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่มีความเชื่อมั่น .88 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ multiple logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.20 2) ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างที่หกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.90 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.10 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 85.20 มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.70 มีประวัติการได้รับยาหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 63 ได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 48.10 ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 81.50 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 3.70 และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 22.20 และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอายุ 80 ปีขึ้นไป ($OR = .180, 95\% CI = .050-.630, p < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($OR = 4.350, 95\% CI = 1.030-18.250, p < .05$) ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ ($OR = 5.760, 95\% CI = 2.580-12.850, p < .01$) การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน ($OR = 3.880, 95\% CI = 1.070-14.070, p < .05$) และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ($OR = 8.720, 95\% CI = 2.530-30.040, p < .01$)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรทำการประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้หลักการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มแบบองค์รวม รวมทั้งควรมีแผนพัฒนาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับต่ำถึงปานกลาง

คำสำคัญ : การหกล้ม ปัจจัยเสี่ยง ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to determine the incidence of fall among the community-dwelling elderly and to examine the factors associated with fall among the community-dwelling elderly. The total sample of 206 elderly aged over 60 years old, who live in Bang-Bai-Mai, participated in the study. The data were collected using an incident and risk factor of fall questionnaire, the Cronbach's alpha of .88. The data were collected during March-May 2016. The data were analyzed using frequency, percentage, and multiple logistic regression.

The results revealed that 1) the participants experienced with fall in the past year was 26.20%; 2) fall risk factor among the participants who experienced with fall were the following: the majority of the participants were female (75.90%), aged 70-79 (48.10%), able to perform on an activities of daily living without assistance (85.20%), moderately ability to move (53.70%), history of use of multiple medications (63%), cardiovascular medication use (48.10%), diabetes medication use (81.50%), drinking alcohol (3.70%), and inappropriate dressing (22.20%) and 3) the factor related to fall among the participants were the following: age over 80 years old (OR = .180, 95% CI = .050-.630, $p < .01$), activities of daily living capacity (OR = 4.350, 95% CI = 1.030-18.250, $p < .05$), poor ability to move (OR = 5.760, 95% CI = 2.580-12.850, $p < .01$), diabetes medication use (OR = 3.880, 95% CI = 1.070-14.070, $p < .05$), and inappropriate dressing (OR = 8.720, 95% CI = 2.530-30.040, $p < .01$).

Therefore, the results suggested that health care providers should implement fall screening for the elderly who are at risk for fall in the community and plan for fall prevention among the elderly in the community as well as promote community participation to prevent fall in the elderly.

Keywords : Fall, Risk factor, Elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากการสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว การมองเห็น การเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกและข้อเสื่อม กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการเวียนศีรษะ โรคทางสมอง หรือหลายสาเหตุรวมกัน โดยเฉลี่ยแล้วพบว่าผู้สูงอายุไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ 18.50 ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1.50 เท่า โดยผู้สูงอายุชายหกล้มร้อยละ 14.40 และผู้สูงอายุหญิงหกล้มร้อยละ 21.90 ส่วนความถี่ของการเกิดการหกล้มนั้น พบว่าผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 55.60 หกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.70 และหกล้มมากกว่า 2 ครั้ง ร้อยละ 20.70 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การรายงานอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุมีเพียง 1 ใน 3 ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเท่านั้น แสดงให้เห็นว่าข้อมูลอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุต่ำกว่าอุบัติการณ์จริงมาก (อุดม เพชรสังหาร, 2557)

การหกล้มจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะกระดูกหัก การบาดเจ็บที่สมองหรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง บางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และมีความกลัวการหกล้มซ้ำจนสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้สูงอายุจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือจำกัดการปฏิบัติกิจกรรม นอกจากนี้ การหกล้มยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน และมีความกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จนเกิดการแยกตัวจากสังคมในที่สุด บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับภาวะทุพพลภาพ เกิดภาวะพึ่งพิง เป็นภาระกับผู้ดูแล บางรายต้องรับการผ่าตัด ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา (อนุชา เศรษฐเสถียร และ ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์, 2552; Deshpande, Metter,

Lauretani, Bandinelli, Guralnik, & Ferrucci, 2008; Cho, Seol, Yoon, Kim, Choi, & Kim, 2013; Morrison, Fan, Sen, & Weisenfluh, 2013) จากการศึกษาพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจากการหกล้มจะเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังการหกล้ม ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากการหกล้ม ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจอีกด้วย

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล (intrinsic factors) และปัจจัยภายนอกบุคคล (extrinsic factors) ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลจะรวมทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดการหกล้ม โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่าเพศชาย ทำให้การทรงตัวไม่ดี (Stevens & Sogolow, 2005) อายุที่มากขึ้นจะเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการหกล้มต่ำสุดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดี พบประมาณ 0.30-1.60 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งและอัตราการหกล้มนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (นงนุช วรโรตัง, 2551) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนที่มีอายุมากกว่า 64 ปี พบอุบัติการณ์ของการหกล้มในแต่ละปี ร้อยละ 28-35 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี พบอุบัติการณ์ของการหกล้มในแต่ละปี ร้อยละ 32-42 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี พบอุบัติการณ์ของการหกล้มในแต่ละปี ร้อยละ 50 (Yoshida-Intern, 2007; Medical Advisory Secretariat, 2008) โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ได้แก่ ปัญหาความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว สายตาผิดปกติ การเสื่อมของหูชั้นใน ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ มึนงง และการทรงตัวที่ไม่มั่นคง (เปรมกมล ขวนขวย, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรลดลง

ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จะมีโอกาสเกิดการหกล้มได้สูงกว่าผู้สูงอายุปกติถึง 2 เท่า และความสามารถในการทรงตัวและเคลื่อนไหวที่ลดลงก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (Bloch, Thibaud, Dugué, Brèque, Rigaud, & Kemoun, 2010; Bird, Pittaway, Cuisick, Rattray, & Ahuja, 2013) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นปัจจัยภายในที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้

ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักมีภาวะความเจ็บป่วยร่วมกันหลายโรค ทำให้ได้รับยาหลายชนิดซึ่งอาจมีผลข้างเคียงต่อระบบประสาทและระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยารักษาโรคเบาหวาน หรือยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิต ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดการเดินเซ กระวนกระวาย และสับสน ยารักษาการเดินผิดปกติของหัวใจทำให้หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ การดื่มสุราร่วมกับการได้รับยาหลายชนิดในขณะเดียวกัน อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกัน และเกิดผลข้างเคียงของยาได้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งการสวมเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสม สวมรองเท้าที่ไม่พอดี และการสวมผ้าถุงหรือกระโปรงที่ยาวเกินไป (วิกาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์, และศุภสิทธิ์ พรธรรุโณทัย, 2549) นอกจากนี้ การหกล้มยังมีสาเหตุมาจากกิจกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป พื้นลื่น พื้นเปียก พื้นต่างระดับ บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ ขันบันไดมีความสูงไม่สม่ำเสมอ การจัดวางสิ่งของที่ไม่เป็นระเบียบ การลุกจากเตียง การอาบน้ำ และการเดินสะดุดสายไฟ เป็นต้น (นงนุช วรโธสง, 2551)

จากผลการศึกษาปัญหาการหกล้มในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท พบว่ามีอัตราการหกล้มแตกต่างกันจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนชนบทมีอุบัติการณ์ของการหกล้มสูงกว่าชุมชนเมือง (Cho et al., 2013) ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนชนบทไม่เอื้อต่อความปลอดภัยในการเดินของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยเวลาเดิน (Yoo, Kim, Yim, & Jeon, 2016) เช่น มีพื้นที่

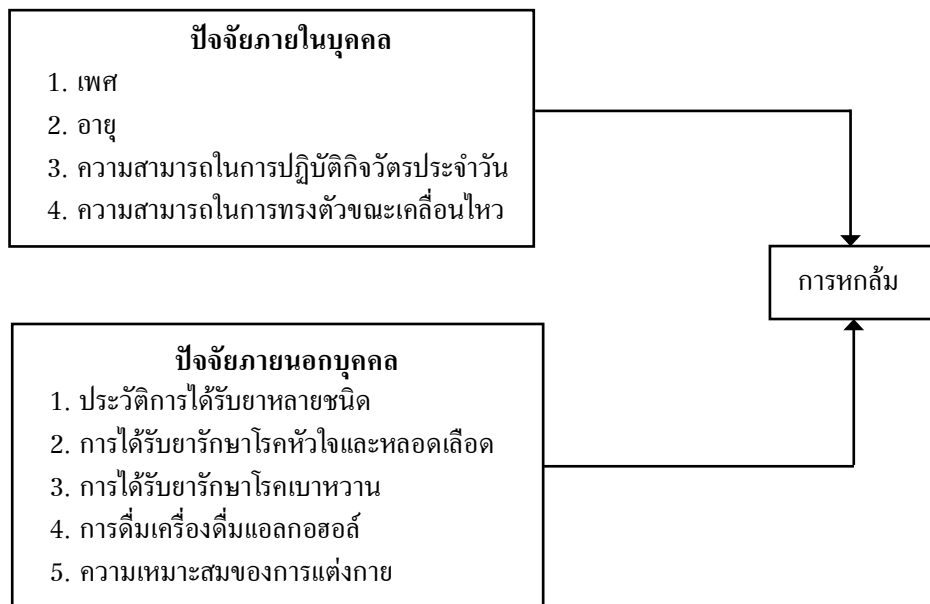
ทางเดินที่ลื่น ชื้นและ ประกอบกับทางเดินในพื้นที่สาธารณะมืด มีแสงสว่างไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการลื่นไถล ทำให้หกล้มได้ง่าย (World Health Organization, 2007) คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้เนื่องจากชุมชนบางไผ่เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท คนในชุมชนมีอาชีพทำสวนมะพร้าว สวนปาล์ม และสวนผลไม้ สภาพพื้นที่ติดแม่น้ำ เมื่อน้ำขึ้นจะท่วมถึงบริเวณบ้าน ทำให้พื้นเปียกชื้น มีน้ำท่วมขังทำให้ลื่นล้มได้ง่าย การศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนดังกล่าว จะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนการดูแลและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ และสามารถพัฒนาต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ การหกล้มทำให้เกิดการบาดเจ็บ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ประวัติการได้รับยาหลายชนิด การได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเหมาะสมของการแต่งกาย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 461 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการ power analysis โดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และที่ความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 206 คน จากนั้นเทียบ

สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) ของพื้นที่ 5 หมู่บ้านในชุมชน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การหกล้ม ช่วงเวลาที่หกล้ม สถานที่ที่หกล้ม สาเหตุของการหกล้ม โรคประจำตัว/อาการผิดปกติ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด/เป็นลม และการขึ้น การเดิน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ป้ายเสี่ยงต่อการหกล้ม แบ่งออกเป็น ป้ายภายในบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (มี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ และต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ ในการปฏิบัติ) และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว (3-metre up and go test) จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ และ ป้ายภายนอกบุคคล ซึ่งประกอบด้วยประวัติการได้รับยา หลายชนิด การได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเหมาะสมของการแต่งกาย จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .99 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 20 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบางไผ่ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัว จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ

นำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาคนละ 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึง เดือนพฤษภาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลอุบัติการณ์ของการหกล้ม และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลป้ายเสี่ยงต่อการหกล้ม วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มโดยการควบคุมอิทธิพล ของปัจจัยอื่น ด้วยสถิติ multiple logistic regression ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. อุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ การหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.20 โดยช่วงเวลาที่หกล้มมากที่สุดคือ ตอนกลางวัน คิดเป็น ร้อยละ 16.50 หกล้มทั้งบริเวณภายในบ้านและบริเวณ ภายนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 13.10 เท่ากัน สาเหตุของ การหกล้มมากที่สุดคือ ลื่น คิดเป็นร้อยละ 10.70 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัว/อาการผิดปกติ อย่างน้อย 1 อย่าง คิดเป็น ร้อยละ 61.70 โดยโรคประจำตัว/อาการผิดปกติที่พบ มากที่สุดคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 31.10 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.50 มีอาการ วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด/เป็นลม คิดเป็นร้อยละ 45.10 โดยมีอาการ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.80 และส่วนใหญ่สามารถยืน เดินได้ตามปกติ ไม่ต้องมี คนช่วยพยุง คิดเป็นร้อยละ 91.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (n = 206)

อุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การหกล้ม		
มี	152	73.80
ไม่มี	54	26.20
หกล้มในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา	23	11.20
หกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	11	5.30
หกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	20	9.70
ช่วงเวลาที่หกล้ม		
เช้า	7	3.40
กลางวัน	34	16.50
เย็น	5	2.40
กลางคืน	8	3.90
สถานที่ที่หกล้ม		
บริเวณภายในบ้าน	27	13.10
บริเวณภายนอกบ้าน	27	13.10
สาเหตุของการหกล้ม		
ลื่น	22	10.70
สะดุด	15	7.30
สูญเสียการทรงตัว	11	5.30
เวียนศีรษะ หน้ามืด/เป็นลม	6	2.90
โรคประจำตัว/อาการผิดปกติ		
ไม่มี	79	38.30
มี	127	61.70
โรคหัวใจและหลอดเลือด	64	31.10
โรคเบาหวาน	30	14.50
โรคกระดูกและข้อ	32	15.60
การกลืนปัสสาวะไม่อยู่	1	.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (n = 206) (ต่อ)

อุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด/เป็นลม		
ไม่มี	113	54.90
มี	93	45.10
นานๆ ครั้ง	25	12.10
1-3 ครั้งต่อสัปดาห์	49	23.80
4-6 ครั้งต่อสัปดาห์	11	5.30
เป็นประจำทุกวัน	8	3.90
การขึ้น การเดิน		
ขึ้น เดินได้ตามปกติ ไม่ต้องมีคนช่วยพยุง	189	91.70
ขึ้น เดินลำบาก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว (เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน)	14	6.80
ขึ้น เดินลำบาก ต้องมีคนช่วยพยุง	3	1.50

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ปัจจัยภายในบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (วัยสูงอายุตอนกลาง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.20 ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 92.20 และมีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.10 ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประวัติการได้รับยาหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 47.10 ได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 39.30 ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 12.60 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 9.70 และมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 8.70 ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างที่หกล้ม ปัจจัยภายในบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.90 เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (วัยสูงอายุตอนกลาง) คิดเป็นร้อยละ 48.10 ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ คิดเป็นร้อยละ 85.20 และมีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.70 ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับยาหลายชนิด คิดเป็นร้อยละ 63 ได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 48.10 ส่วนใหญ่ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 81.50 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 3.70 และมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 22.20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดและกลุ่มตัวอย่างที่หกล้ม จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n = 206)	กลุ่มตัวอย่างที่หกล้ม (n = 54)
ปัจจัยภายในบุคคล		
เพศ		
ชาย	34.00	24.10
หญิง	66.00	75.90
อายุ		
60-69 ปี	39.30	38.90
70-79 ปี	43.20	48.10
80 ปีขึ้นไป	17.50	13.00
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ปฏิบัติได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ	92.20	85.20
ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือในการปฏิบัติ	7.80	14.80
ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว		
ต่ำ	7.30	7.40
ปานกลาง	30.60	53.70
ดี	62.10	38.90
ปัจจัยภายนอกบุคคล		
ประวัติการได้รับยาหลายชนิด		
ไม่มี	52.90	37.00
มี	47.10	63.00
การได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด		
ไม่ได้รับ	60.70	51.90
ได้รับ	39.30	48.10
การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน		
ไม่ได้รับ	87.40	18.50
ได้รับ	12.60	81.50
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	90.30	96.30
ดื่ม	9.70	3.70
ความเหมาะสมของการแต่งกาย		
ไม่เหมาะสม (สวมเสื้อผ้าที่รุ่มร่าม รองเท้าไม่พอดี/พื้นรองเท้าลื่น)	8.70	22.20
เหมาะสม	91.30	77.80

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วยอายุ 80 ปีขึ้นไป (OR = .180, 95% CI = .050-.630, $p < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (OR = 4.350, 95% CI = 1.030-18.250, $p < .05$) และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ (OR = 5.760, 95%

CI = 2.580-12.850, $p < .01$) ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ประกอบด้วย การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน (OR = 3.880, 95% CI = 1.070-14.070, $p < .05$) และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม (OR = 8.720, 95% CI = 2.530-30.040, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	β	SE	Adjusted OR (95% CI)	p
เพศชาย	.27	.41	1.310 (.580-2.990)	.510
อายุ				
60-69 ปี*			1	
70-79 ปี	-.44	.39	.630 (.290-1.390)	.260
80 ปีขึ้นไป	-1.70	.63	.180 (.050-.630)	.008
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.47	.73	4.350 (1.030-18.250)	.040
ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว				
ดี*			1	
ปานกลาง	.65	.74	1.920 (.440-8.240)	.370
ต่ำ	1.75	.40	5.760 (2.580-12.850)	.001
ประวัติการได้รับยาหลายชนิด	-.71	.88	.480 (.080-2.750)	.410
การได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด	.86	.77	2.380 (.510-10.970)	.260
การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน	1.35	.65	3.880 (1.070-14.070)	.040
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-1.25	.76	.300 (.050-1.550)	.150
การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม	2.16	.63	8.720 (2.530-30.040)	.001

* = reference group

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. อุบัติการณ์ของการหกล้มและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ

การหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนมี

ประสบการณ์การหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 16.50 ช่วงเวลาที่หกล้มมากที่สุดคือ ตอนกลางวัน โดยเกิดการหกล้มทั้งบริเวณภายในบ้านและบริเวณภายนอกบ้านเท่าๆ กัน สาเหตุของการหกล้มมากที่สุดคือ ลื่น ซึ่งอุบัติการณ์ของการหกล้มต่ำกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี 2553 เล็กน้อย ที่พบว่าผู้สูงอายุเคยหกล้มในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ร้อยละ 18.50 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) และอุบัติการณ์ต่ำกว่าการศึกษาของละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพักษ์, และกนกพร นทีชนสมบัติ (2557) ที่พบว่าอุบัติการณ์ของการหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา สูงถึงร้อยละ 34.80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบททางสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นวัยสูงอายุตอนกลางที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ในการศึกษาของละออม สร้อยแสง และคณะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนกลางที่มีความผิดปกติในการทรงตัว มีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ และมีปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ใช้เสื่อผ้าหรือเสื่อผ้าเก่าที่ใช้แล้วเป็นผ้าเช็ดเท้า ตลอดจนทางเดินมีพื้นที่ผิวที่ขรุขระ จึงทำให้อุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนบางใบไม้ต่ำกว่าการศึกษาของละออม สร้อยแสง และคณะ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การหกล้มมักเกิดในช่วงกลางวัน และส่วนใหญ่จะล้มในบริเวณบ้านและรอบๆ บ้าน (พุทธิพงษ์ พลคำสัก, ธนินา อินสอน, นวพล ประสิทธิ์เมตต์, และพิระศักดิ์ มโนทา, 2557; Ignatavicius, 2010) เนื่องจากในช่วงกลางวันเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุตอนกลางยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวก็ตาม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางคนยังมีโรคประจำตัวที่ส่งเสริมให้เกิดการหกล้มได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องรับประทานยารักษาโรคเป็นประจำ ซึ่งอาการข้างเคียงจากการรักษาโรคจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (ละออม สร้อยแสง และคณะ, 2557)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เกือบครึ่งหนึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ มีความสามารถในการทรงตัวขณะ

เคลื่อนไหวในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีประวัติการได้รับยาหลายชนิด ได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และยารักษาโรคเบาหวาน ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม คณะผู้วิจัยได้จำแนกปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุออกเป็นปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งผลการวิจัยพบว่าปัจจัยภายในบุคคลประกอบด้วยอายุ 80 ปีขึ้นไป ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลประกอบด้วย การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งได้แก่ การสวมเสื้อผ้ายาวเกินไป การสวมรองเท้าที่ไม่พอดี พื้นรองเท้าลื่น ไม่เกาะพื้นผิววัสดุที่เหยียบ โดยอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย กำลังของกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง บางคนอยู่ในสภาวะติดบ้าน เนื่องจากมีปัญหากการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดา เกียรติวงศ์ และจอม สุวรรณโณ (2557) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีอุบัติการณ์ของการหกล้มต่ำสุดในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่า ผู้สูงอายุที่ติดเตียง 4.350 เท่า การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่มีความหลากหลายของกิจกรรม และมีความถี่มาก ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้อีกด้วย (ละออม สร้อยแสง และคณะ, 2557; O'Loughlin, Robitaille, Boivin, & Suissa, 1993)

ส่วนปัจจัยความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ

มีโอกาสเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวดี 5.760 เท่า ทั้งนี้เกิดจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวลดลง การทำงานประสานกันระหว่างประสาทกับกล้ามเนื้อเสื่อมลง การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุมักเดินก้าวสั้น ๆ ท่าเดินไม่ค่อยมั่นคง ส่งผลให้เกิดปัญหาการลื่นล้มและการเดิน (Viswanathan & Sudarsky, 2012) ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ความสามารถในการยืนหรือเดิน และความสามารถในการทรงตัว ปัญหาดังกล่าวข้างต้นล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ (Pereira, Maia, & Silva, 2013) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าในวัยสูงอายุ กลไกการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ลดลง ทำให้สมดุลในการทรงตัวบกพร่อง เกิดความบกพร่องของการเดิน โดยพบว่าผู้ที่มียายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี จะมีมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อ ลดลงกว่าเมื่ออายุ 20-30 ปี ถึงร้อยละ 20-40 รวมทั้งการเสื่อมของข้อต่อและเอ็นรอบข้อ ทำให้เกิดความจำกัดในการเคลื่อนไหวของข้อ และความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงของโครงร่างกล้ามเนื้อมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ และมีการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุอาจมีการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นที่ขรุขระหรือระดับต่างกันได้ง่าย (สุกัลยา อมตฉายา, เขวราภรณ์ ยืนยงค์, และวันทนา ศิริธราธิวัตร, 2553) อีกทั้งความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อยังทำให้การทรงตัวไม่มั่นคงได้แก่ ความไม่มั่นคงบริเวณข้อสะโพก ข้อเข่า หรือข้อเท้า ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อเสื่อม หรือการอักเสบของข้อ (Bekibele & Gureje, 2010) ในผู้สูงอายุบางคนมีอาการอ่อนแรงหรือกล้ามเนื้อลีบ การอักเสบของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของเท้า ลักษณะเท้าที่ผิดปกติโดยมีการหนาตัวของผิวหนัง

ทำให้เกิดตาปลา ซึ่งนำไปสู่การหกล้มได้ทั้งสิ้น (El Haber, Erbas, Hill, & Wark, 2008)

สำหรับปัจจัยการได้รับยารักษาโรคเบาหวาน พบว่าการได้รับยารักษาโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกันในการรักษา (ศิริรัตน์ ต้นไพชาติ, 2554) ทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาในการรักษาโรคมากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งปฏิกิริยาของยาอาจเสริมฤทธิ์กันหรือต้านฤทธิ์กัน และส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับยา metformin ซึ่งยาจะมีประจุไฟฟ้าบวก เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะออกฤทธิ์แข่งกับยาที่มีประจุไฟฟ้าบวก เพื่อจะได้ถูกขับออกทางไต ซึ่งยา cimetidine, procainamide, digoxin, quinidine และ vancomycin เป็นยาที่มีประจุไฟฟ้าบวก จึงมีการแย่งกันในการขับออกทางไตกับยา metformin ทำให้ระดับยา metformin ในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ (Triplitt, 2006) แม้แต่การใช้อินซูลินและยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน ซึ่งผลจากการใช้ยาสองประเภทนี้ร่วมกัน จะออกฤทธิ์ในการลดความทนต่อน้ำตาลกลูโคส ร่วมกับการเสริมฤทธิ์ของอินซูลิน จึงยิ่งทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงที่มีกิจกรรมและใช้พลังงานมาก อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Volpato, Leveille, Blaum, Fried, and Guralnik (2005) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและได้รับการรักษาด้วยยา มีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มมากกว่า 1 ครั้งต่อปี เพิ่มขึ้น 1.670 เท่า และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า ยา metformin มีผลทางอ้อมต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากการพร่องวิตามินบี 12 ทำให้เกิดภาวะ peripheral neuropathy ได้ (Richardson & Hurvitz, 1995; Berlie & Garwood, 2010)

นอกจากนี้ การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม เช่น การสวมเสื้อผ้าที่รุ่มร่าม การสวมผ้าถุง กระโปรง หรือกางเกงที่ขาวเกินไป และการมีเชือกผูกข้อมือ รวมถึงการสวมรองเท้าที่ไม่พอดี พื้นรองเท้าลื่น ไม่เกาะกับพื้นผิววัสดุที่เหยียบ ก็เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้จากสาเหตุการเหยียบหรือสะดุด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรสวมเสื้อผ้าที่ไม่รุ่มร่าม และสวมรองเท้าที่พอดี ไม่คับหรือหลวมจนเกินไป ซึ่งการสวมรองเท้าที่คับจนเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุเจ็บที่เท้า ส่งผลให้ลงน้ำหนักได้ไม่เต็มที่และไม่มั่นคงพอเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย (Asada et al., 1996) โดยผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยในชุมชนบางใบไม้ซึ่งเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ยังนิยมสวมผ้าถุงที่ยาว และสวมรองเท้าฟองน้ำ ทำให้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี กิจกำแหง และคณะ (2549) ที่พบว่า การสวมรองเท้าที่ไม่พอดี การสวมผ้าถุง กระโปรง หรือกางเกงที่ขาวเกินไป เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือปรับปรุงได้ (Taets Silva et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรทำการประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้หลักการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มแบบองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติการหกล้ม การประเมินการทรงตัว ท่าเดิน การมองเห็น การรับรู้ สภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการเดินอย่างปลอดภัย และผลข้างเคียงจากการใช้ยา รวมทั้งควรมีแผนพัฒนาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปออกแบบการแก้ไข ซึ่งควรเน้นย้ำให้ระมัดระวังไม่ให้เกิดการหกล้ม

1.2 บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของ

ผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ทำทางเดินให้เรียบ ไม่ลื่น จัดให้มีแสงไฟส่องทางเดินในยามค่ำคืน จัดสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

1.3 ควรมีการสะท้อนผลการวิจัยให้แก่ผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับผลกระทบจากการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหา และหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขร่วมกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

เอกสารอ้างอิง

- นงนุช วรโธสง. (2551). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เปรมกมล ขวนขวาย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พุทธิพงษ์ พลคำอึก, ธนิกา อินสอน, นวพล ประสิทธิ์เมตต์, และพีระศักดิ์ มโนทา. (2557). การศึกษานำร่องการทำนายความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุไทย โดยใช้การทดสอบการลุกยืน 5 ครั้ง. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 29(3), 237-242.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และกนกพร นทีชนสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 122-129.
- ลัดดา เกียมวงศ์, และจอม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 6(2), 56-69.
- วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์, และสุกสิทธิพรรณารุโณทัย. (2549). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 15(5), 787-799.
- ศิริรัตน์ ตันปัทมา. (2554). *ประสิทธิผลของเภสัชกรเยี่ยมบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประเภท 2 ในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์.
- สุกัลยา อมตฉายา, เขวราภรณ์ ยืนยงค์, และวันทนา ศิริธราวัตร. (2553). การทรงตัว การล้ม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 25(2), 103-108.
- อนุชา เศรษฐเสถียร, และดาวเรือง ปิ่นเมืองปักษ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุที่รักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี. *ถ้าปางเวชสาร*, 30(3), 154-162.
- อุดม เพชรสังหาร. (2557). *การหกล้มในผู้สูงอายุ*. สืบค้นวันที่ 9 ธันวาคม 2559, จาก https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/5-11Jul14_Lokwannee_aging.pdf
- Asada, T., et al. (1996). Predictors of fall-related injuries among community-dwelling elderly people with dementia. *Age and Ageing*, 25(1), 22-28.
- Bekibele, C. O., & Gureje, O. (2010). Fall incidence in a population of elderly persons in Nigeria. *Gerontology*, 56(3), 278-283.
- Berlie, H. D., & Garwood, C. L. (2010). Diabetes medications related to an increased risk of falls and fall-related morbidity in the elderly. *The Annals of Pharmacotherapy*, 44(4), 712-717.
- Bird, M. L., Pittaway, J. K., Cuisick, I., Rattray, M., & Ahuja, K. D. (2013). Age-related changes in physical fall risk factors: Results from a 3 year follow-up of community dwelling older adults in Tasmania, Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(11), 5989-5997.
- Bloch, F., Thibaud, M., Dugué, B., Brèque, C., Rigaud, A. S., & Kemoun, G. (2010). Episodes of falling among elderly people: A systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics. *Clinics*, 65(9), 895-903.
- Cho, H., Seol, S. J., Yoon, D. H., Kim, M. J., Choi, B. Y., & Kim, T. (2013). Disparity in the fear of falling between urban and rural residents in relation with socio-economic variables, health issues, and functional independency. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 37(6), 848-861.

- Deshpande, N., Metter, E. J., Lauretani, F., Bandinelli, S., Guralnik, J., & Ferrucci, L. (2008). Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: A prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4), 615-620.
- El Haber, N., Erbas, B., Hill, K. D., & Wark, J. D. (2008). Relationship between age and measures of balance, strength and gait: Linear and non-linear analyses. *Clinical science*, 114(12), 719-727.
- Ignatavicius, D. D. (2010). Common health problems of older adults. In Ignatavicius, D. D., & Workman, M. L. (Eds.). *Medical-surgical nursing: Patient-centered collaborative care* (6th ed.). pp. 15-25. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Medical Advisory Secretariat. (2008). Prevention of falls and fall-related injuries in community-dwelling seniors: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 8(2), 1-78.
- Morrison, A., Fan, T., Sen, S. S., & Weisenfluh, L. (2013). Epidemiology of falls and osteoporotic fractures: A systematic review. *Clinico-Economics and Outcomes Research*, 5, 9-18.
- O'Loughlin, J. L., Robitaille, Y., Boivin, J. F., & Suissa, S. (1993). Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology*, 137(3), 342-354.
- Pereira, V. V., Maia, R. A., & Silva, S. M. C. (2013). The functional assessment Berg Balance Scale is better capable of estimating fall risk in the elderly than the posturographic Balance Stability System. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(1), 5-10.
- Richardson, J. K., & Hurvitz, E. A. (1995). Peripheral neuropathy: A true risk factor for falls. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 50(4), M211-215.
- Stevens, J. A., & Sogolow, E. D. (2005). Gender differences for non-fatal unintentional fall related injuries among older adults. *Injury Prevention*, 11(2), 115-119.
- Taets Silva, W. F. L., et al. (2016). Fall determinants and associated factors in older people. *International Journal of Sports Science*, 6(4), 146-152.
- Triplitt, C. (2006). Drug interactions of medications commonly used in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 19(4), 202-211.
- Viswanathan, A., & Sudarsky, L. (2012). Balance and gait problems in the elderly. *Handbook of Clinical Neurology*, 103, 623-634.
- Volpato, S., Leveille, S. G., Blaum, C., Fried, L. P., & Guralnik, J. M. (2005). Risk factors for falls in older disabled women with diabetes: The women's health and aging study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(12), 1539-1545.

World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: Author.

Yoo, J. S., Kim, C. G., Yim, J., & Jeon, M. Y. (2016). Factors influencing falls in the frail elderly individuals in urban and rural areas. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(4), 687-697.

Yoshida-Intern, S. (2007). *A global report on falls prevention: Epidemiology of falls*. Geneva: WHO.

ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

Effectiveness of Clinical Practice Guideline of Respiratory Management for Children with Pneumonia

มนัส อภิญญาสิงกร, พย.ม. (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์) *

Khanarot Apinyalungkon, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

วรารณ พาทอง, พย.บ. **

Waraporn Pathong, B.N.S. **

รัตนารณ ปุณรินทร์, พย.บ. **

Ruttanaporn Poommarin, B.N.S. **

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน และผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วยเด็ก และแบบสังเกตทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553 ส่วนกลุ่มทดลองดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2554 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, independent *t*-test และ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และมีผลการดูแลในเรื่องจำนวนวันที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.380, p < .01$ และ $\chi^2 = 8.013, p < .01$ ตามลำดับ) 2) ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.069, p < .05$) และ 3) หลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทางเดินหายใจมากกว่าก่อนได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.026, p < .001$)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทางเดินหายใจ
คำสำคัญ : แนวปฏิบัติทางคลินิก การจัดการทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

Abstract

This study was a quasi-experimental research aiming to investigate the effectiveness of clinical practice guideline of respiratory management for children with pneumonia. The sample were 60 children who were diagnosed with pneumonia and admitted in pediatric ward, Phrae hospital. Those were divided into 2 groups as controlled and experimental groups. Sample also were 60 parents of child patients. Research instruments were the clinical practice guideline of respiratory management for children with pneumonia, the structured observation of cooperative behavior while receiving aerosol therapy, the outcome record form of care, and the structured observation of respiratory care of the parents. Experiment was conducted from March–August 2010 for controlled group, and from March–August 2011 for experimental group. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, independent *t*-test, and paired *t*-test.

The finding revealed that children cared with a developed clinical practice guideline showed positive results, including high cooperative behaviors ($\chi^2 = 11.380, p < .01$), a decrease in a number of days receiving aerosol therapy ($\chi^2 = 8.013, p < .01$), a decrease in length of hospital stay ($t = 2.069, p < .05$). Also, parents with a training regarding clinical practice guideline reported a high score of caring skills ($t = 27.026, p < .001$).

This research study suggested the clinical practice guideline of respiratory management for children with pneumonia should be utilized among children with pneumonia to improve the effectiveness of respiratory management.

Keywords : Clinical practice guideline, Respiratory management, Children with pneumonia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับ 1 ของโรคติดต่อทั้งหมด (United Nations International Children's Emergency Fund: UNICEF, 2016)

มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 242.70-559.40 ดอลลาร์สหรัฐ (Zhang et al., 2016) หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ มีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมากเป็นอันดับ 2 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลแพร่, 2553)

โดยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 มีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จำนวน 297 คน 129 คน และ 247 คน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2553 พบอัตราการมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยการติดเชื้อโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 15.58 (หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่, 2553)

เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ทำให้เสมหะมีมาก และคั่งค้างมากกว่าผู้ใหญ่ ก่อให้เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2556) ซึ่งเด็กจำเป็นต้องได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่ เพื่อช่วยให้ร่างกาย สมอง และหัวใจ ได้รับออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้อย่างเพียงพอ ลดความสูญเสียต่อชีวิต ลดความพิการ และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ดังนั้น การดูแลเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบ จึงต้องการการจัดการทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพ

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ นับตั้งแต่การประเมินภาวะหายใจลำบาก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจำแนกระดับของการช่วยชีวิตเด็ก ช่วยให้เกิดการตัดสินใจ และการจัดการทางคลินิกได้ (สารนิต บุญประสพ, 2555) นอกจากการประเมินแล้ว การจัดการดูแลการให้ออกซิเจน และการบำบัดด้วยฟลอยดอองยา จะช่วยแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนทั้งในเลือดและในระดับเซลล์ ช่วยขยายหลอดลม ลดการใช้พลังงานในการหายใจ และลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (มาลินี นักบุญ และจิตติดา ชัยสุกมมงคลลาภ, 2550) ทั้งนี้ การทำกายภาพบำบัดทรวงอกจะช่วยให้การระบายเสมหะดีขึ้น ทางเดินหายใจของผู้ป่วยเด็กสามารถที่จะรับออกซิเจนและระบายอากาศได้ตามปกติ

นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการสอนและการชี้แนะผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการจัดการทางเดินหายใจระหว่างที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการสอนผู้ปกครองก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อที่บ้าน อันทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การจัดการทางการพยาบาล

เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยหนึ่งๆ อย่างไม่ขาดช่วง (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่งผลต่อการลดการกลับเป็นซ้ำและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ เห็นความสำคัญของการจัดการทางเดินหายใจในเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบ ซึ่งที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2553 พบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เช่น การให้ออกซิเจน พบว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ ระบายเคืองผิวหน้าจากการติดพลาสติกเตอร์กับสายให้ออกซิเจนที่แฉก จนต้องรับยาเพื่อแก้ไขอาการ ระบายเคือง จำนวน 2 คน การพ่นฟลอยดอองยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือ การทำกายภาพบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ส่วนการประเมินการหายใจและการสอนผู้ปกครองก่อนกลับบ้านนั้น พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่หลากหลาย อีกทั้งยังพบอัตราการมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ด้วยการติดเชื้อโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 15.58 (หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่, 2553)

จากปัญหาดังกล่าว แสดงถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน ครอบคลุม และต่อเนื่อง รวมทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลดีขึ้น อาจกล่าวได้ว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (National Health and Medical Research Council: NHMRC, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (จนรส ม่วงทอง, จรัสศรี เย็นบุตร, และพิมพารณ กัลั่นกลิน, 2552) โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวมีการพัฒนาจากหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ และได้ทดลองใช้ ซึ่งพบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

ผู้ปกครองพึงพอใจต่อการจัดการทางเดินหายใจที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ แต่ยังไม่ได้ทดสอบประสิทธิภาพเชิงคลินิกในโรงพยาบาลแพร่ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยแนวปฏิบัติจะช่วยให้ทีมพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน แก้ไขปัญหาความหลากหลายในการปฏิบัติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนและการมารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ตลอดจนเกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อันเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือของได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และผลการดูแล ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ มีพฤติกรรม

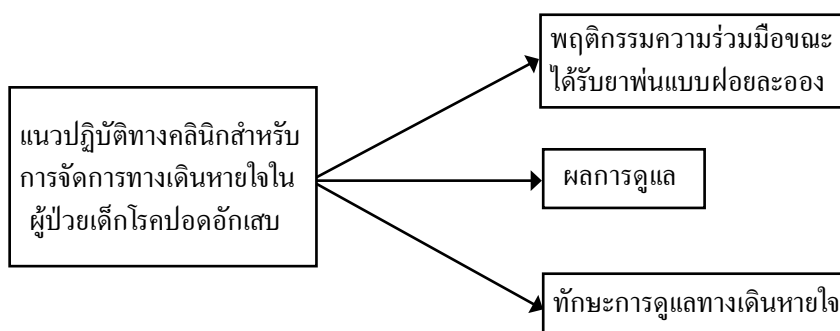
ความร่วมมือของได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ มีผลการดูแลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. หลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ ผู้ปกครองมีทักษะการดูแลทางเดินหายใจมากกว่าก่อนได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัย ด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999 อ้างถึงในสุภาภรณ์ บุญโยทยาน, 2554) ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาและเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก โดยในการวิจัยครั้งนี้มีการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มาใช้ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ และมีการทดสอบประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ในเรื่องพฤติกรรมความร่วมมือของได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง ผลการดูแล และทักษะการดูแลทางเดินหายใจ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดวัดผลเป็นระยะแบบไม่ต่อเนื่อง (interrupted time series design) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553 (กลุ่มควบคุม) จำนวน 119 คน และในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2554 (กลุ่มทดลอง) จำนวน 119 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ มีอายุอยู่ในช่วง 1 เดือนถึง 5 ปี และไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการทางเดินหายใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการทางเดินหายใจ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักของรวิชช์ วรพงษ์สร (2543) ที่ว่าขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่มในการวิจัยแบบทดลองไม่ควรน้อยกว่า 30 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน

กลุ่มที่ 2 ประชากรเป็นผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ ขอดอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คณะผู้วิจัยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของชนรส ม่วงทอง และคณะ (2552) ประกอบ

ด้วยกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งสิ้น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก โดยพยาบาลสังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะหายใจลำบาก แล้วประเมินเป็นระดับความรุนแรง

กิจกรรมที่ 2 การให้ออกซิเจน โดยพยาบาลดูแลการให้ออกซิเจนตามข้อบ่งชี้ของแนวปฏิบัติ จากนั้นติดตามประเมิน และดูแลการให้ออกซิเจนแต่ละชนิด

กิจกรรมที่ 3 การพ่นฝอยละอองยา โดยพยาบาลดูแลการพ่นฝอยละอองยาตามข้อบ่งชี้ของแนวปฏิบัติ แล้วให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแล จากนั้นติดตามประเมิน และดูแลการพ่นฝอยละอองยา

กิจกรรมที่ 4 การทำกายภาพบำบัด โดยพยาบาลดูแลการทำกายภาพบำบัดตามข้อบ่งชี้ของแนวปฏิบัติ แล้วให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแล จากนั้นติดตามประเมิน และดูแลการทำกายภาพบำบัด

กิจกรรมที่ 5 การสอนผู้ปกครอง โดยพยาบาลเป็นผู้สอน สื่อที่ใช้ได้แก่ 1) วิดีทัศน์ เรื่อง การประเมินการหายใจ การดูแลเมื่อมีน้ำมูกและเสมหะ และการจัดทำระบายเสมหะ 2) ลูกสูบยางแดง และ 3) คู่มือเรื่อง ปอดอักเสบในเด็ก ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที รวมจำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 สอนผู้ปกครอง โดยให้ดูวิดีโอเรื่อง การประเมินการหายใจ จากนั้นฝึกปฏิบัติการประเมินการหายใจ ครั้งที่ 2 สอนผู้ปกครอง โดยให้ดูวิดีโอเรื่อง การดูแลเมื่อมีน้ำมูกและเสมหะ และการจัดทำระบายเสมหะ จากนั้นฝึกปฏิบัติการดูแลเมื่อมีน้ำมูกและเสมหะ และการจัดทำระบายเสมหะ และครั้งที่ 3 พยาบาลสอบถามผลการปฏิบัติปัญหาและอุปสรรค และชี้แนะแนวทางแก้ไข รวมทั้งกล่าวชมเชยเมื่อผู้ปกครองปฏิบัติได้ดี กรณีผู้ปกครองยังไม่สามารถปฏิบัติได้ พยาบาลมีการสอนเพิ่มเติม

ทั้งนี้ แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ที่มีประสบการณ์

ด้านการดูแลเด็กป่วยระบบทางเดินหายใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยระบบทางเดินหายใจ 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยระบบทางเดินหายใจ 1 คน ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและผู้ปกครอง จำนวนกลุ่มละ 5 คน พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถปฏิบัติได้จริง มีความสะดวกในการปฏิบัติ และผู้ทดลองใช้มีความพึงพอใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง สำหรับให้ผู้ปกครองตอบ ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กประกอบด้วยเพศ อายุ พื้นที่ที่อาศัยอยู่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ อาการแกร็บ และผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 6 ข้อ ส่วนข้อมูลของผู้ปกครองประกอบด้วยเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้ ไอ และหอบ จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง สำหรับให้พยาบาลสังเกต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การร้องไห้ การดิ้นรนขัดขืน และการดึงอุปกรณ์ออก จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 3 แบบบันทึกผลการดูแลผู้ป่วยเด็ก สำหรับให้พยาบาลบันทึก ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ 1) ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับออกซิเจน 2) ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับการทำกายภาพบำบัดทรวงอก 3) จำนวนวันที่ได้รับออกซิเจน 4) จำนวนวันที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง 5) จำนวนวันนอน และ 6) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 4 แบบสังเกตทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง สำหรับให้พยาบาลสังเกต ประกอบด้วย

ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) การประเมินการหายใจ จำนวน 3 ข้อ 2) การดูแลเมื่อมีน้ำมูกและเสมหะ จำนวน 6 ข้อ และ 3) การจัดท่าระบายเสมหะ จำนวน 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .88 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล โดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพรว

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองแต่ละคน แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพฐกษลลลลโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง โดยใช้เวลาตอบ 15 นาที

4. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพรว โดยผู้ปกครองได้รับความรู้จากพยาบาลเมื่อจะจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ โดยเป็นการให้ความรู้แบบทางเดียว และไม่มี การฝึกปฏิบัติ

5. คณะผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และผลการดูแลผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (post-test)

6. คณะผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจมาใช้ โดยดำเนินการดังนี้

6.1 กำหนดทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 6 คน

6.2 จัดประชุมทีมผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์ สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ และขั้นตอนการปฏิบัติ รวมทั้งทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติ เช่น การฟังเสียงปอด การประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก

6.3 เตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยติดแผนผังขั้นตอนการปฏิบัติไว้ในบริเวณที่มองเห็นได้ง่าย และติดแผนผังวิธีการประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก การให้ออกซิเจน การพ่นฝอยละอองยา และการทำกายภาพบำบัด

7. คณะผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครอง โดยให้เวลาตอบ 15 นาที จากนั้นคณะผู้วิจัยประเมินทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครองในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม (pre-test)

8. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเด็กได้รับการประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก การดูแลเมื่อมีการให้ออกซิเจน การบำบัดด้วยฝอยละอองยา และการทำกายภาพบำบัด ส่วนผู้ปกครองได้รับการสอนทักษะการดูแลทางเดินหายใจในช่วงวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการบันทึกวันที่สอนในแต่ละครั้ง

9. คณะผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และผลการดูแลผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลอง และประเมินทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2553 ส่วนกลุ่มทดลองดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2554

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และผลการดูแลในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของการได้รับออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับการถ่ายภาพบำบัดทรวงอก จำนวนวันที่ได้รับออกซิเจน จำนวนวันที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบผลการดูแลในเรื่องจำนวนวันนอน ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.1 ผู้ป่วยเด็ก พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 และ 53.30 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 13-36 เดือน คิดเป็นร้อยละ 53.40 และ 50 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 18.80 เดือน (SD = 12.20) และ 20.50 เดือน (SD = 14) ตามลำดับ อาศัยอยู่ทั้งในเขตอำเภอเมืองและต่างอำเภอ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วย

โรคปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 76.70 เท่ากัน อาการแรกเริ่มคือ มีไข้ ไอ และหอบ และเกือบทั้งหมดมีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 96.70 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2 ผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.70 และ 90 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.40 และ 56.70 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 33.60 ปี (SD = 9.80) และ 33.90 ปี (SD = 10.70) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาไม่เกินระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 90 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง/เกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 และ 33.30 ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 83.40 และ 60 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอาการไข้ ไอ และหอบ คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 73.30 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมีพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.380, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผู้ป่วยเด็ก	พฤติกรรมความร่วมมือขณะได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง				χ^2	p
	ให้ความร่วมมือ		ไม่ให้ความร่วมมือ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (n = 30)	20	66.67	10	33.33	11.380	.002
ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 30)	7	23.33	23	76.67		

3. การเปรียบเทียบผลการดูแล ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีผลการดูแลในเรื่องจำนวนวันที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 8.013, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2 และพบว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.069, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดูแลในเรื่องภาวะแทรกซ้อนของการได้รับออกซิเจน ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับการทำกายภาพบำบัดทรวงอก จำนวนวันที่ได้รับออกซิเจน จำนวนวันที่ได้รับยาพ่นแบบฝอยละออง และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการดูแล	ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติทางคลินิก		ได้รับการดูแลตามปกติ		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับออกซิเจน						
มี	-	-	3	10.00	3.158	.237
ไม่มี	30	100.00	27	90.00		
ภาวะแทรกซ้อนของการได้รับ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก						
มี	-	-	3	10.00	3.158	.237
ไม่มี	30	100.00	27	90.00		
จำนวนวันที่ได้รับออกซิเจน						
1-2 วัน	11	78.57	8	61.54	.938	.420
3 วันขึ้นไป	3	21.43	5	38.46		
จำนวนวันที่ได้รับยาพ่น แบบฝอยละออง						
1-2 วัน	18	69.23	7	29.17	8.013	.010
3 วันขึ้นไป	8	30.77	17	70.83		
การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน						
มี	-	-	5	16.67	5.455	.052
ไม่มี	30	100.00	25	83.33		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการดูแลในเรื่องจำนวนวันนอน ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผู้ป่วยเด็ก	$\bar{X}$	SD	t	p
ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (n = 30)	3.80	.80	2.069	.043
ได้รับการดูแลตามปกติ (n = 30)	4.50	1.50		

4. การเปรียบเทียบทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ พบว่าหลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการ

ทางเดินหายใจ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทางเดินหายใจมากกว่าก่อนได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 27.026$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการดูแลทางเดินหายใจของผู้ปกครอง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจ ($n = 30$)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิก	1.30	1.90	27.026	< .001
หลังได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิก	10.70	.60		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ให้ความร่วมมือในขณะได้รับยาผ่านแบบฝอยละออง และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และยังพบว่าผู้ปกครองมีทักษะการดูแลทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถยืนยันถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based clinical guidelines) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน มีการสังเคราะห์และประเมินคุณค่าอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์มาตรฐาน

การเปรียบเทียบผลการดูแลระหว่างผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีภาวะแทรกซ้อนของการได้รับออกซิเจนและการได้รับการทำกายภาพบำบัดทรวงอก ทั้งนี้เนื่องจากสาระสำคัญของแนวปฏิบัติด้าน

การดูแลการให้ออกซิเจนนั้น มีความครอบคลุมการปฏิบัติตั้งแต่การประเมินข้อบ่งชี้ของการได้รับออกซิเจน การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและผู้ป่วยเด็ก เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแล การประเมินและติดตามการได้รับออกซิเจน การดูแลก่อนและขณะได้รับออกซิเจน และการบันทึก โดยเฉพาะข้อเสนอแนะในเรื่องการจัดตำแหน่งอุปกรณ์การให้ออกซิเจนแต่ละชนิดให้ถูกวิธี จะช่วยลดความเสี่ยงการกดทับบริเวณผิวหนัง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย ส่วนข้อเสนอแนะในเรื่องการดูแลอัตราการไหลของออกซิเจนจะช่วยลดภาวะเนื้อเยื่อถูกทำลาย ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด เนื่องจากการให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงมากกว่า 50% ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ (absorptive atelectasis) ภาวะออกซิเจนเป็นพิษ (oxygen toxicity) และลดการทำงานของ cilia และเม็ดเลือดขาว (สุชาติ ศรีทิพวรรณ, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, และนวลจันทร์ ปรานพาล, 2553)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการพ่นยาแบบฝอยละออง และมีจำนวนวันที่ได้รับยาพ่นลดลง ทั้งนี้เนื่องจากสาระสำคัญของแนวปฏิบัติด้านการพ่นฝอยละอองยา มีข้อเสนอแนะที่สำคัญคือ พยาบาลต้องให้ผู้ปกครอง

และผู้ป่วยเด็กมีความเข้าใจในเรื่องการรักษา เป้าหมาย การบริหารยา และเทคนิคพื้นฐานในการบริหารยาที่ถูกต้อง มีการเตรียมด้านจิตใจเด็กไว้ก่อนเรียนผ่านสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “เมื่อหนูคิดได้รับยาฟันแบบฟลอยละออง” ร่วมกับ ให้เด็กสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟันฟลอยละอองยา หรือเล่น บทบาทสมมติร่วมกับให้เด็กสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ในการฟัน ฟลอยละอองยา ซึ่งพบว่าการเตรียมด้านจิตใจของผู้ป่วย เด็กไว้ก่อนเรียนในการรักษาด้วยยาฟันแบบฟลอยละออง โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ปกครอง การให้ ข้อมูลผ่านวีดิทัศน์ ร่วมกับการให้สัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้ใน การฟัน จะทำให้เด็กมีคะแนนความกลัวลดลง (นันทนา ศรีเทพ, สุธิศา ล่ำมั่ง, และนิธยา ไทยภิรมย์, 2550) ส่งผลให้เด็กไม่ร้องไห้ และให้ความร่วมมือในการฟันยา แบบฟลอยละออง ทำให้ฟลอยละอองเข้าสู่ทางเดินหายใจ ส่วนล่างได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากเด็กกลัว ไม่ให้ ความร่วมมือ กลืนลมหายใจไม่เป็น ต่อต้านการรักษา ร้องไห้ ซึ่งจะทำให้การหายใจเข้าเร็ว ส่งผลให้ออกซิเจนของยา ไปเกาะบริเวณส่วนบนของทางเดินหายใจ (non-gravity-dependent areas) ทำให้เข้าไปในปอดได้น้อย (ธิดา ชัยสุขมงคลลาภ, 2550) ดังนั้น เมื่อพยาบาลปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ โดยการเน้นย้ำให้ผู้ปกครองกล่อม ทารก/เด็กไว้หัดเดินให้หลับก่อนการฟันยา จะช่วยให้ อัตราการหายใจของเด็กสม่ำเสมอ ฟลอยละอองเข้าสู่ทางเดิน หายใจส่วนล่างได้มากขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีจำนวน วันที่ได้รับยาฟันแบบฟลอยละอองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ใช้แนวปฏิบัติได้ ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในเรื่องการประเมินภาวะหายใจ ลำบาก ร่วมกับการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้ ความรุนแรงของโรคในวันที่ 2, 3, 4 และ 5 มีระดับที่ลดลง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ไ้ รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ น้อยกว่ากลุ่มที่ ใ้ได้รับการดูแลตามปกติ

การเปรียบเทียบทักษะการดูแลทางเดินหายใจของ ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการสอน ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ พบว่าผู้ปกครองมีทักษะ การดูแลทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากแนวปฏิบัติ

ในการสอนญาติเป็นการสอนแบบสาธิตย้อนกลับ ซึ่งจะ ช่วยให้ผู้ปกครองได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้ อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่อง ที่สาธิตได้ดีและนาน ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติได้เป็น อย่างดี (ทศนา เขมมณี, 2557) โดยพยาบาลได้ออกเล่า วิธีการ พร้อมกับอธิบายประกอบการสาธิตกิจกรรมต่าง ๆ ทีละขั้นตอน ให้ผู้ปกครองได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยอุปกรณ์ประกอบการสาธิต และใช้วีดิทัศน์การฝึกนั บการหายใจ และวีดิทัศน์การสังเกตลักษณะการหายใจที่ ผิดปกติ ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองมองเห็นภาพที่ใกล้เคียงกับ อาการเจ็บป่วยของเด็กป่วยจริง ส่งผลให้มีความเข้าใจ มากขึ้น อีกทั้งมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ ผู้ปกครองเกิดการพัฒนาความสามารถอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะ ต่าง ๆ ที่ได้รับการสอนตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ มาใช้ในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ รวมทั้งสามารถ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ปกครองจึงมีทักษะ การดูแลทางเดินหายใจ อันประกอบด้วย การประเมิน การหายใจ การดูแลเมื่อมีน้ำมูกและเสมหะ และการจัดทำ ระบายเสมหะ ส่งผลให้ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้เกิดจากแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เกิดจากกระบวนการเผยแพร่แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ที่คณะ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาล ด้วยการจัดประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ทบทวนการฟังเสียงปอด การประเมิน ความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านทางเดินหายใจในเด็ก เพราะความเชี่ยวชาญทางคลินิก ของพยาบาลจะช่วยวิเคราะห์หลักฐานได้ลุ่มลึก มองได้ หลายแง่มุม ทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติ นำไป ประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม และสามารถผลักดันให้เกิด การปฏิบัติได้จริง (อรพรรณ โตสิงห์, 2555 อ้างถึงในรุ่งภา เที่ยวชะอำ, 2556) นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยยังได้ชี้แจงสาระ สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ผ่านวีดิทัศน์ที่มีรายละเอียด ทุกขั้นตอนของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกฯ ทำให้ ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกฯ เข้าใจได้ง่าย ส่วนกระบวนการ

นำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้นั้น คณะผู้วิจัยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น ติดแผนผังแสดงขั้นตอนแนวปฏิบัติทางคลินิก ไว้ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้โดยง่าย จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการสอนผู้ปกครองก่อนกลับบ้านให้สะดวกต่อการหยิบใช้ กำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ด้วยการประชุมกลุ่มเล็กระหว่างการรับและส่งเวร และการทำระบบย้ำเตือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรส่งเสริมโดยใช้หลายวิธีประกอบกัน และทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลมีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างยั่งยืน (วิลาวัดย์ พิเชียรเสถียร, ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ, รัชนิยา วงศ์แสน, ธนพร กาวิวัน, อารีย์ คุณนะ และพัชรินทร์ เนตรสว่าง, 2557)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีนำแนวปฏิบัติทางคลินิก ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการทางเดินหายใจ เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิก มีประสิทธิภาพสามารถลดจำนวนวันนอน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนของการรักษา และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองเมื่อกลับสู่ชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- จนรส ม่วงทอง, จรัสศรี เย็นบุตร, และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 15, 12-23.
- ทิตสนา เขมมณี. (2557). *14 วิธีสอนสำหรับครูมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชชัย วรพงษ์สร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิดิตา ชัยสุกมมงคลลาภ. (2550). Humidity and aerosol therapy. ใน *อรุณวรรณ พงษ์พิพันธุ์, ธิดิตา ชัยสุกมมงคลลาภ, จงรักษ์ อุตราชต์กิจ, หฤทัย กมลภรณ์, และธีรเดช กุปตานนท์. (บ.ก.). The essentials of pediatric respiratory care การบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก: สำหรับแพทย์และพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). หน้า 141-178. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

นันทนา ศรีเทพ, สุธิศา ล่ามช้าง, และนิตยา ไทยาภิรมย์. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลโดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวการได้รับยาพ่นแบบฝอยละอองของเด็กวัยก่อนเรียน. *พยาบาลสาร*, 34(1), 29-40.

พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (บ.ก.). (2556). *การพยาบาลเด็ก 2* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

มาลินี นกบุญ, และธิดิตา ชัยสุกมมงคลลาภ. (2550). Oxygen therapy. ใน *อรุณวรรณ พงษ์พิพันธุ์, ธิดิตา ชัยสุกมมงคลลาภ, จงรักษ์ อุตราชต์กิจ, หฤทัย กมลภรณ์, และธีรเดช กุปตานนท์. (บ.ก.). The essentials of pediatric respiratory care การบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก: สำหรับแพทย์และพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). หน้า 125-140. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

รุ่งนภา เทียวชะอ้า. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 94-108.

วิลาวัดย์ พิเชียรเสถียร, ดารารัตน์ ดำรงกุลชาติ, รัชนิยา วงศ์แสน, ธนพร กาวิวัน, อารีย์ คุณนะ, และพัชรินทร์ เนตรสว่าง. (2557). การส่งเสริมการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดการสายสวนหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *พยาบาลสาร*, 41(พิเศษ), 71-87.

- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลแพร่. (2553). รายงาน 10 อันดับแรก ของโรคที่พบบ่อย กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่.แพร่: ผู้แต่ง.
- สารนิติ บุญประสพ. (2555). อาการหายใจลำบาก: บทบาทของพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6(2), 1-11.
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน: Home ward. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุชาดา ศรีทิพวรรณ, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, และนวลจันทร์ ปรามพาล. (บ.ก.). (2553). แนวทางการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุภาภรณ์ บุญโยทยาน. (2554). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยวิกฤต หอบหืดผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หอบหืดผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่. (2553). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี หอบหืดผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่.แพร่: ผู้แต่ง.
- National Health and Medical Research Council. (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved April 30, 2014, from <http://www.health.gov.au/nhmrc/publication/pdf/cp.30.pdf>
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2016). *Pneumonia claims the lives of the world's most vulnerable children*. Retrieved November 12, 2016, from <http://data.unicef.org/child-health/pneumonia.html>
- Zhang, S., et al. (2016). Cost of management of severe pneumonia in young children: Systematic analysis. *Journal of Global Health*, 6(1), 010408.

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา Participation in Caring for Preterm Infant in a Concern of Mother Needs

ณัฐนิชา ศรีละมัย, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) *

Nutnicha Srilamai, M.N.S. (Pediatric Nursing) *

จุไรรัตน์ วัชรอาสน์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **

Jurairat Watcharaach, M.Sc. (Public Health) **

ทารกเกิดก่อนกำหนด มีภาวะที่ไม่สมบูรณ์ทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ทารกกลุ่มนี้จึงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ตั้งแต่แรก ทำให้เกิดการแยกจากมารดา ประกอบกับสภาพแวดล้อมของหออภิบาลทารกแรกเกิด รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลทารกของมารดา ส่งผลต่อการคงบทบาทการเป็นมารดา ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกซึ่งขาดทักษะและประสบการณ์การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยเหตุนี้ ย่อมส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา ขณะที่ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จะช่วยให้มารดามีความวิตกกังวลและความเครียดลดลง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในการทำหน้าที่และบทบาทการเป็นมารดาของตนเองยิ่งขึ้น และเกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทั้งนี้ การทำหน้าที่และบทบาทการเป็นมารดานั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน ซึ่งด้านที่สำคัญคือ การสนับสนุนของพยาบาลประจำหออภิบาลทารกแรกเกิด ทั้งในเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา และการช่วยเหลือในการให้การพยาบาล ดังนั้น การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดาจึงเป็นสิ่งสำคัญ นำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและเหมาะสม

เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เด็บโตเป็นกำลังที่สำคัญของชาติต่อไป

ปัจจุบัน ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเกิดที่เพิ่มขึ้น และยังคงเป็นปัญหาสำคัญ อุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดในสหรัฐอเมริกาพบร้อยละ 8-15 ของการเกิด (McKinney, James, Murray, & Ashwill, 2009) ส่วนอุบัติการณ์ในประเทศไทย มีรายงานทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ทั้งที่เกิดก่อนกำหนดและเกิดครบกำหนด ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2556 โดยพบอัตราการเกิดมีชีวิตของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 11.4, 11.3, 10.4, 10.2 และ 10.7 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในกลุ่มนี้ พบว่า 2 ใน 3 เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ยิ่งไปกว่านั้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าในแต่ละปี เด็กเล็กมีความเจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ถึงเกือบ 10 ล้านคน (นลินี จงวิริยะพันธุ์, เปรมฤดี ภูมิถาวร, ขวัญชัย ไพโรจน์สกุล, สามารถ ภคกษมา, และชัยยศ คงคติธรรม, 2553) ในประเทศไทย การเกิดก่อนกำหนดยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของทารกแรกเกิด จึงเห็นได้ชัดเจนว่าทารกเกิดก่อนกำหนดยังมีอัตราการเกิดและอัตราการตายที่สูง (แสงแข ข่านาญวนกิจ, 2550)

ทารกเกิดก่อนกำหนด มีรูปร่างขนาดเล็ก น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย ผิวบางใส ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี การทำงานของระบบประสาทยังไม่เต็มที่ ทารกกลุ่มนี้

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี

จึงจัดอยู่ในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้เนื่องจากมีความไม่สมบูรณ์ทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยา ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้ง่าย (แสงแพ ชำนาญวนกิจ, 2550) จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนใหญ่จึงต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด อยู่ในตู้อบเพื่อควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งสภาพอาการของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังต้องพึ่งเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ประกอบกับสภาพทั่วไปในหออภิบาลทารกแรกเกิดไม่เอื้ออำนวยให้มารดาได้อยู่ดูแลทารก จึงทำให้ทารกถูกแยกจากมารดาเป็นเวลานาน มารดาจึงขาดโอกาสในการดูแลทารกอย่างใกล้ชิดด้วยตนเอง จึงเกิดปัญหาคือ มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกน้อย ไม่กล้าที่จะอุ้ม เปลี่ยนผ้าอ้อม หรืออาบน้ำให้ทารก (เนตรนภา เทพชนะ, 2551) มีส่วนร่วมในการดูแลทารกด้วยตนเองน้อย ทำให้มารดาารู้สึกสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ยิ่งไปกว่านั้น การเกิดก่อนกำหนดนับว่าเป็นเหตุการณ์ที่มารดาไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน ทำให้ต้องเผชิญความเครียดต่อสภาพของทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย และรูปร่างลักษณะไม่สมบูรณ์เหมือนทารกเกิดครบกำหนด (Aagaard & Hall, 2008) ประกอบกับการที่มารดามีความรู้สึกรัก เอ็นดู และผูกพันกับทารกตั้งแต่ออยู่ในครรภ์จนกระทั่งคลอด สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิตใจของมารดา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด อีกทั้งการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดยังเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ละเอียดอ่อน จำเป็นต้องใช้ทักษะและการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งที่ยากสำหรับมารดา (บุษกร พันธัมธธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และธิดารัตน์ คำลั่งดี, 2550) โดยเฉพาะในมารดาครรภ์แรกซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลทารกมาก่อน ย่อมส่งผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา หากมารดาสามารถแสดงพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างเหมาะสม ย่อมสะท้อนถึงพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้อง (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555)

การดูแลที่สำคัญสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดและการสนับสนุนของมารดา

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา หมายถึง สิ่งที่มารดาปฏิบัติให้กับทารก (Moore, 1983) เพื่อให้ทารกอยู่ในสภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย การส่งเสริมพัฒนาการ และการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย

ทารกเกิดก่อนกำหนดควรได้รับการเอาใจใส่เรื่องอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยอาหารที่เหมาะสมกับทารกมากที่สุดคือ น้ำนมมารดา ซึ่งนับว่ามีประโยชน์มาก ทั้งประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ในระยะแรกของการฝึกให้ทารกดูดนมมารดา มารดาจะต้องใช้เวลาและความอดทนอย่างมาก เพราะทารกจะดูดนมได้ช้าและหยุดเป็นพักๆ เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลาง มีปากที่มีขนาดเล็ก และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการดูดยังไม่แข็งแรง ทารกจะดูดนมได้ช้าและต้องการดูดบ่อยครั้งกว่าทารกเกิดครบกำหนด เพราะส่วนใหญ่ทารกมักหลับ จึงทำให้การดูดนมในแต่ละครั้งดูดได้ในปริมาณที่น้อย ทารกจึงหิวบ่อย (แสงแพ ชำนาญวนกิจ, 2550) ในส่วนของการนอนนั้น ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องการนอนมากกว่าทารกเกิดครบกำหนด โดยต้องการนอนวันละ 17.75 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าทารกเกิดครบกำหนดที่ต้องการนอนวันละ 14.78 ชั่วโมง และหากทารกตื่น ก็จะเป็นช่วงเวลาสั้นๆ (Hockenberry & Wilson, 2011) เมื่อให้ทารกดูดนมจึงดูดได้ไม่นาน ดังนั้น มารดาควรจัดบรรยากาศให้เงียบสงบ ปราศจากสิ่งรบกวน เปลี่ยนท่านอนให้ทารก โดยจัดให้ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักเมื่อมีการอาเจียนหลังได้รับนม นอกจากนี้ ทารกเกิดก่อนกำหนดมักนอนหลับเป็นเวลานาน หากพบว่าทารกหลับนานเกินไปจนอาจผ่านมือนม จะต้องคอยปลุกให้ดูดนม (แสงแพ ชำนาญวนกิจ, 2550)

ส่วนการดูแลความสะอาดร่างกายของทารก เกิดก่อนกำหนดนั้น ทารกควรได้รับการอาบน้ำและสระผม ทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพอากาศ โดยสามารถอาบน้ำก่อนหรือหลังให้นมก็ได้ หากจะอาบน้ำหลังให้นม ควรอาบน้ำหลังให้นมไปแล้ว 2-3 ชั่วโมง (Hockenberry & Wilson, 2011) เพื่อป้องกันการอาเจียน ซึ่งสถานที่ที่ใช้ในการอาบน้ำควรเป็นสถานที่ที่ไม่มีลมโกรก เพราะจะทำให้ทารกหนาวได้ น้ำที่ใช้อาบควรอุ่นพอดี ขณะอาบน้ำ มารดาควรสังเกตอาการผิดปกติของทารกไปด้วย กรณีสะดือยังไม่แห้ง ต้องทำความสะอาดสะดือหลังอาบน้ำทุกครั้ง ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว และไม่ใช้แป้งฝุ่น โรยสะดือทารก กรณีทารกยังอยู่ในภาวะวิกฤต ไม่นิยมอาบน้ำให้ อาจเป็นเพียงการเช็ดตัวเพื่อทำความสะอาด โดยมารดาควรดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อม และทำความสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่าย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากบริเวณทวารหนักเข้าสู่ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งในทารกเกิดก่อนกำหนดนั้น ควรได้รับการเปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีที่เปียกและ เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนและการเกิด ผื่นแพ้ผ้าอ้อม กรณีทารกอยู่ในตู้อบ ก่อนที่มารดาจะนำทารก ออกมาจากตู้อบ ควรมีการห่อตัวทารกทุกครั้ง เพื่อป้องกัน ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2550)

สำหรับการปลอบโยนทารกเกิดก่อนกำหนด การร้องไห้ของทารกไม่สามารถบ่งบอกถึงความต้องการที่ ชัดเจนว่าทารกต้องการอะไร เนื่องจากความไม่สมบูรณ์ ของระบบประสาท ทำให้ทารกมีพฤติกรรมกรร้องไห้ที่ ยากต่อการปลอบโยน ทำให้มารดาไม่เข้าใจทารก ซึ่งมารดา ต้องใช้เวลาในการสังเกตและศึกษาทารก เช่น เมื่อทารก ร้องไห้ มารดาควรฝึกสังเกตลักษณะการร้อง เสียงร้อง และหาสาเหตุที่ทำให้ทารกร้อง เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การปลอบโยนทารกทำได้ โดยการโอบอุ้มทารกไว้ อุ้มโยกเบาๆ พุดคุยด้วย ร้องเพลง และทำเสียงหยอกล้อ (แสงแข ขำนาญวนกิจ, 2550)

2. การส่งเสริมพัฒนาการ

ทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีปัญหาในการมี ปฏิสัมพันธ์กับมารดา เนื่องจากทารกมีความตื่นตัวน้อย ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้ทารกมองสบตา

หรือยิ้มกับมารดาน้อย ทารกจะสนใจในการกระตุ้นของ สิ่งแวดล้อมในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้น ควรเน้นให้มารดา สัมผัส พุดคุย และเล่นกับทารกเป็นประจำ ซึ่งการสัมผัส ในวัยทารกมีความสำคัญมาก เพราะนอกจากจะช่วยพัฒนา ความมั่นใจ ความไว้วางใจต่อโลกภายนอก และความเชื่อใจ ต่อบุคคลรอบข้างแล้ว ทารกยังต้องการการกอดรัด การอุ้มชู การลูบไล้ และการสัมผัสจากกิจวัตรประจำวัน เช่น ในขณะที่ เปลี่ยนผ้าอ้อม อาบน้ำ หรือในขณะที่ดูดนม (สุวารี ลำตระกูล, 2551) ดังนั้น มารดาควรแสดงความรักต่อทารกด้วย การสัมผัสที่อ่อนโยนและอบอุ่น โดยเฉพาะในขณะที่ให้นม โดยมารดาควรอุ้มทารกทุกครั้ง เพราะนอกจากจะเป็น การตอบสนองความต้องการทางร่างกายของทารกแล้ว ยังเป็นการให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ทารกไปพร้อมกัน

3. การป้องกันอันตราย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในช่วงแรกเกิด ถึง 3 เดือน ได้แก่ การสำลักน้ำหรือนม และการหายใจ ลำบาก ดังนั้น หลังให้นมแล้ว มารดาควรจับทารกเรอเอาลม ออกมา เมื่อจะให้ทารกนอน ควรจัดท่านอนให้ตะแคง หน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง กรณีทารกสำลักนม ควรใช้ลูกยาง แดงดูดเอานม น้ำมูก และน้ำลายออกจากปากและจมูก ให้หมด นอกจากนี้ การป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจ จากการนอนบนพื้นนอน ควรจัดหาที่นอนที่ไม่อ่อนนุ่มเกินไป (Hockenberry & Wilson, 2011) ส่วนการอุ้มทารก ควรอุ้มอย่างนุ่มนวลและทะนุถนอม จึงจะส่งผลให้ทารก รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ไว้วางใจ และมีความมั่นคงทาง อารมณ์ โดยทารกที่ได้รับการอุ้มอย่างทะนุถนอมจะร้องไห้ น้อยกว่าทารกที่ไม่ได้รับการอุ้ม ทั้งนี้ ทำอุ้มทารกที่ใช้ บ่อยมีดังนี้ 1) ทำโอบกอดทารกไว้ในอ้อมแขน ซึ่งเป็น ทำอุ้มปกติ และใช้อุ้มเพื่อให้นมแก่ทารก 2) ทำอุ้มเรอ ทำได้ 2 วิธี คือ วิธีที่ 1 จับทารกนั่งบนตัก ใช้มือข้างใด ข้างหนึ่งประคองทารกให้โน้มตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย ส่วนมืออีกข้างหนึ่งลูบหรือตบบริเวณหลังเบาๆ โดยระวัง ไม่ให้แรงเกินไป เพราะจะทำให้ทารกเรอเอาลมออกมา พร้อมนม และวิธีที่ 2 คือ อุ้มทารกพาดบ่า ใช้มือลูบหลัง ทารกเบาๆ 3) ทำอุ้มประสานสายตา ใช้มือข้างหนึ่งประคอง ส่วนศีรษะและไหล่ มืออีกข้างหนึ่งประคองส่วนก้นและขา

ยกตัวทารกขึ้นโดยให้หันหน้าเข้าหาผู้อุ้มและประสานสายตากัน และ 4) ทำอุ้มอาบน้ำ หรือทำอุ้มลูกบอล ใช้มือข้างที่ถนัดประคองศีรษะและไหล่ของทารก ยกฝ่าตัวของทารกหนีบไว้ระหว่างลำตัวกับต้นแขนของผู้อุ้ม (แสงแข ขำนาญวงกิจ, 2550)

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย ทำให้พบปัญหาหลาย ๆ ด้าน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น การให้นมที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้ทารกเกิดการสำลักนมได้ ซึ่งมารดาเป็นผู้ดูแลหลักที่จำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมในการดูแลทารกที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่การแยกจากของมารดากับทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่แรก ทำให้มารดาขาดสัมพันธภาพ ไม่มีความมั่นใจในการดูแลบุตรของตน (นฤมล วิบุโร, 2550) ทำให้มารดาเกิดความเครียด ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างยิ่งต่อการเรียนรู้ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) มารดาจึงต้องการผู้ให้คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือในการดูแลบุตรของตน ดังนั้น สิ่งแรกที่พยาบาลควรตระหนักถึงเมื่อมารดาให้กำเนิดทารกเกิดก่อนกำหนด คือ การตอบสนองความต้องการของมารดาในการดูแลบุตรของตนภายในหออภิบาลทารกแรกเกิด เพื่อให้มารดาได้แสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นมารดา โดยมารดาจะพยายามแสวงหาความรู้ พัฒนาความสามารถและทักษะในการดูแลบุตรให้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนในการช่วยเหลือบุตรของตนให้มีอาการดีขึ้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา มีดังนี้

1. ด้านทารก ในส่วนสภาพร่างกายนั้น ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก และลักษณะความเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้มารดากลัวที่จะต้องทารก (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) ส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรลดลง ทำให้มารดาเกิดความเครียด และนำไปสู่ความรู้สึก

ซึมเศร้า อันทำให้มารดาตอบสนองต่อสื่อสัญญาณของทารกและมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความผูกพันกับทารกลดลง (ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัช, และพิมพ์ภาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2556)

2. ด้านมารดา มารดาที่มีอายุมากกว่าจะให้ความสนใจและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า (สุธาภินันท์ พรเลิศทวิกุล, ทศนี ประสพกิตติคุณ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, 2556) โดยมารดาส่วนใหญ่มีความเต็มใจและพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของตน เนื่องจากเข้าใจว่าพยาบาลมีภาระงานค่อนข้างมาก ไม่สามารถช่วยดูแลได้ตลอดเวลา มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีส่วนร่วมได้ดีในเรื่องการดูแลทารกด้านกิจวัตรประจำวัน และการช่วยเหลือในการทำแผล มารดาที่มีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีและไม่มีความวิตกกังวล จะมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่า (ปราณี ผลอนันต์ และคณะ, 2556)

3. ด้านบุคลากรทางการพยาบาล จากการศึกษาพบว่าความรู้และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลที่มีมากกว่า จะสามารถช่วยกระตุ้นให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้มากกว่า ประกอบกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลกับมารดาจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น (สุธาภินันท์ พรเลิศทวิกุล และคณะ, 2556)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ภายในหออภิบาลทารกแรกเกิดมีอุปกรณ์ทางการแพทย์มากมายเพื่อช่วยชีวิตทารก พร้อมทั้งเครื่องติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลให้มารดาเกรงว่าหากตนเองดูแลทารกแล้ว อาจทำให้อุปกรณ์เหล่านั้นหลุดหรือชำรุด และเกิดผลกระทบต่อชีวิตของบุตรได้ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การมีส่วนร่วมของมารดาลดลง (ฉัฐภา ปฐุมอารีย์, 2551)

5. ด้านนโยบายของโรงพยาบาล การมีนโยบายเกี่ยวกับระบบการเยี่ยมที่เคร่งครัด ไม่ยืดหยุ่น และการไม่อนุญาตให้มารดาอยู่เฝ้าได้ตลอด รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะอย่างหนึ่งของหออภิบาลทารกแรกเกิด ล้วนไม่เอื้ออำนวยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ส่วนนโยบายการณรงค์ของแต่ละโรงพยาบาล

เช่น การส่งเสริมให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การให้อุ้มแบบ
แกงการู เป็นการเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น (ฉัฐภา ปทุมอารีย์, 2551)

6. ด้านสังคมและวัฒนธรรม สภาพสังคมและ
วัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้ของมารดาใน
การเจ็บป่วยของบุตรที่แตกต่างกัน เช่น การเชื่อผีสา
เทวดา ทั้งนี้รวมถึงความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับสาเหตุ
ของการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมของมารดาใน
การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ตามความเชื่อนั้น ๆ
เช่น เชื่อว่าการที่บุตรของตนเกิดก่อนกำหนด เป็นเพราะ
กรรมที่ตนเองทำมาในอดีตชาติ (สุทธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล,
2556)

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล ทารกเกิดก่อนกำหนด

การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อน
กำหนดขณะที่ทารกอยู่ในหออภิบาลทารกแรกเกิด นับว่า
เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ส่งผลดีทั้งต่อมารดาและทารก โดยมารดา
ได้มีโอกาสเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งนี้สามารถ
สรุปประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแล
ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ดังนี้ (แผนก รัตนพิบูลย์, ชื่นฤติ
คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน, 2554)

1. ประโยชน์ต่อทารก มารดาสามารถตอบสนอง
ความต้องการของทารกได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
ได้ดูแลทารกอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้ทารกได้รับ
ความสุขสบาย ซึ่งประเมินได้จากการที่ทารกนอนหลับ
ไม่ร้องกวน หรือแสดงสีหน้าอึดอัด

2. ประโยชน์ต่อมารดา ช่วยให้มารดามีความวิตก
กังวลและความเครียดลดลง ช่วยให้สามารถรักษาบทบาท
การเป็นมารดาได้ อีกทั้งยังช่วยให้มารดาได้รับความรู้ที่ก่อ
ให้เกิดการพัฒนาทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์
เมื่อมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก ส่งผลให้ทารก
ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการพยาบาลดีขึ้น ลดปฏิกิริยา
ด้านลบของทารก ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ

มากขึ้น สามารถช่วยลดภาระงานในการดูแลทารกใน
หน่วยงานได้ส่วนหนึ่ง นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์
ยังได้รับรู้และรับทราบข้อมูลของทารกจากมารดา ซึ่งเป็น
ผู้ดูแลใกล้ชิดและเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ของทารกได้ดี
โดยมารดาสามารถช่วยสังเกตและรายงานอาการเปลี่ยนแปลง
หรือสิ่งผิดปกติได้ ซึ่งสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผน
การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดตาม ความต้องการของมารดา

การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
ของมารดา หมายถึง การที่มารดาได้มีส่วนในการปฏิบัติ
กิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มีส่วนในการตัดสินใจ
และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ โดยแนวคิด
การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของ Schepp
(1995) ระบุว่าการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดประกอบด้วยกิจกรรม 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล
หมายถึง การที่มารดาได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย
ของทารกเกิดก่อนกำหนด การรักษาที่ได้รับ รวมถึง
การสอบถามจากพยาบาลเกี่ยวกับอาการของทารกที่มารดา
สังเกตได้ และความต้องการของมารดา (ฉัฐภา ปทุมอารีย์,
2551) ซึ่งมารดามีความต้องการทราบเกี่ยวกับข้อมูล
สภาพการเจ็บป่วยและอาการของทารกที่เปลี่ยนแปลง
ได้แก่ ต้องการทราบชื่อโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ข้อมูล
เกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลของ
การตรวจรักษา ผลการตรวจต่าง ๆ และผลกระทบของ
การเจ็บป่วยต่อชีวิตและสุขภาพของบุตร โดยต้องการทราบ
ข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ต้องการการแสดงให้เห็นถึง
ความจริงใจ การยอมรับ ต้องการให้อธิบายถึงเครื่องมือ
ต่าง ๆ ที่ใช้กับบุตร รวมทั้งมีความต้องการแลกเปลี่ยน
ข้อมูล ถึงแม้ว่ามารดาจะไม่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง
เช่นเดียวกับแพทย์หรือพยาบาล (สุจิรา ศรีวิรัตน์ และจริยา
สายวารี, 2551) นอกจากนี้ มารดายังต้องการที่จะได้เห็น
และทราบอาการของทารกทันทีภายหลังจากที่ทารกได้รับการ
รักษาพยาบาล ต้องการทราบกฎ ระเบียบในการปฏิบัติ

ตัวขณะอยู่ที่หอภิบาลทารกแรกเกิด (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2555) ดังนั้น นุศลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลประจำหอภิบาลทารกแรกเกิด ควรอธิบายการพยาบาลของโรค แนวทางการรักษา การให้การพยาบาล และการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งมารดามีความต้องการทราบเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้งควรซักถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลของทารกกับมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่อายุน้อย หรืออยู่ในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากมารดาในกลุ่มนี้ขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตร การให้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับบุตรแก่มารดาจะช่วยคลายความวิตกกังวลและลดความเครียดของมารดาได้ (สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี, 2551) นอกจากนี้ อาจมีการทำกลุ่มในมารดาที่คลอดบุตรลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับทีมพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ชัดเจนและกระจ่างชัดยิ่งขึ้น

2. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การที่มารดาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่ดูแลทารกขณะอยู่ในหอภิบาลทารกแรกเกิด มารดาต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก และต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลทารก (ปราณี ผลอนันต์ และคณะ, 2556) โดยมารดาเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ดังเช่น การให้การดูแลแบบแกงการ ซึ่งช่วยให้ทารกมีสัญญาณชีพที่คงที่ มีการหายใจที่ดีขึ้น และมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น (จิราพร พรหมแก้วงาม, อุษณีย์ จินตะเวช, และปริศนา สุนทรไชย, 2554) มารดาต้องการที่จะอุ้มและปลอบโยนทารก และต้องการที่จะให้การดูแลกิจวัตรประจำวันของทารก โดยการนำของใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าอ้อม ถุงมือ ถุงเท้า มาให้กับทารก (เนตรนา เทพชนะ, 2551) รวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ต้องการให้มีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร ต้องการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยเด็กอื่น ต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของบุตร และต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลบุตรในขณะที่มีการตรวจรักษา (สุจิรา ศรีรัตน์ และจริยา สายวารี, 2551) ดังนั้น พยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันอย่างเต็มที่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพ เพื่อควบคุม ป้องกันไม่ให้

เกิดอันตรายกับทารก และเพื่อให้มารดาเกิดความสบายใจในขณะที่ดูแลบุตรของตน โดยทีมพยาบาลอาจมีการจัดทำโปรแกรมการสาธิตการดูแลทารกกลุ่มนี้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจและมีทักษะ พร้อมทั้งให้มีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการดูแล

3. ด้านการมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่มารดาอยู่กับทารกเกิดก่อนกำหนดในขณะที่ทำให้ทารกพยาบาลหรือทำหัตถการต่างๆ โดยมารดาเป็นผู้ดูแล ปลอบโยน เพื่อให้ทารกรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ซึ่งจะช่วยลดแรงต่อต้านของทารกได้ (ปราณี ผลอนันต์ และคณะ, 2556) ดังนั้น พยาบาลควรให้มารดาได้มีส่วนร่วมโดยการอุ้มหรือโอบกอดทารกในขณะให้การพยาบาลหรือทำหัตถการต่างๆ เพื่อให้มารดาได้ทราบถึงกิจกรรมที่จำเป็นต้องทำ พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมนั้นๆ เพื่อลดความวิตกกังวล ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีผลทำให้ทารกให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น (นิตยา อิศรโชติ, 2557)

4. ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง การที่มารดาได้ร่วมกับทีมพยาบาลในการวางแผนการพยาบาล และร่วมตัดสินใจในการทำหัตถการหรือการตรวจพิเศษต่างๆ ซึ่งช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกมีคุณค่า ฟังพอใจ (บุษกร พันธุ์มธาทิ และคณะ, 2550) ดังนั้น ทีมพยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาลที่ทารกจำเป็นต้องได้รับ เพื่อให้มารดาได้รับทราบ ยินยอม และร่วมในการตัดสินใจ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในสถานการณต่างๆ ซึ่งได้แก่ การดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของแผนก รัดนพิบูลย์ และคณะ (2554) การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ของชนิตา เป๊ะสกุล และชลิดา ธนัฐธิกุล (2553) การดูแลทารกแรกเกิดในหอภิบาลทารกแรกเกิด ของณัฐภา ปทุมอารีย์ (2551) และการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอภิบาลทารกแรกเกิด ของปราณี ผลอนันต์ และคณะ (2556) พบว่า

ผลการศึกษาที่ได้คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การให้อาหาร การเปลี่ยนเสื้อผ้า ด้านกิจกรรมการพยาบาล เช่น การอยู่กับเด็กป่วยขณะได้รับการเจาะเลือด การช่วยอุ้มกอดเพื่อลดความกลัวของเด็กป่วย ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดากับพยาบาล เช่น การแจ้งให้ทราบเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เช่น การเลือกบุคลากรที่จะให้การดูแล การตัดสินใจในการรักษา แต่ในทางปฏิบัติจริงกลับพบว่ามารดามีโอกาสได้รับการตอบสนองน้อยกว่าที่มารดาปรารถนาหรือไม่เป็นไปตามความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ของสุจิรา ศรีรัตน และจริยา สายวารี (2551) ที่พบว่าความต้องการของมารดาสูงกว่าการได้รับการตอบสนองความต้องการจากหน่วยงานของโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลนั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของมารดาเป็นหลัก ซึ่งหากมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่ป่วยตามความต้องการแล้ว จะช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของมารดาได้เป็นอย่างมาก (นิตยา อิศรโชติ, 2557)

ปัจจุบัน โรงพยาบาลหลายแห่งได้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมตามศักยภาพและความต้องการ โดยสามารถอยู่ดูแลทารกได้ตลอดทั้งวัน และในบางหน่วยงานเอื้ออำนาจให้มารดาสามารถนอนพักค้างคืนได้ ซึ่งหากมารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากเกินความต้องการ อาจทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ในทางตรงกันข้าม หากมารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดน้อยกว่าความต้องการ จะทำให้มารดาเกิดความเครียดได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดโดยคำนึงถึงความต้องการ

ของมารดาเป็นหลัก ซึ่งทางโรงพยาบาลอาจมีการสอบถามความต้องการของมารดาเมื่อมาเยี่ยมบุตร และตอบสนองตามความต้องการนั้นๆ อาจมีการจัดทำกลุ่มพบปะมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนด เพื่อช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการให้ความรู้ และมีการฝึกทักษะการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2550). หลักการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ธิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, และสุนทร สอเผ่าพันธ์. (บ.ก.). *เวชศาสตร์ปริกำเนิด*. หน้า 79-85. กรุงเทพฯ: ยูเนียนคริสเชียน.
- เจนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 17(2), 232-247.
- จิราพร พรหมแก้วงาม, อุษณีย์ จินตะเวช, และปริศนา สุนทรไชย. (2554). การปฏิบัติการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแก๊งการูของพยาบาลและปฎิบัติที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 38(3), 42-60.
- ชนิตา แป๊ะสกุล, และชลิดา ธนัฐธิกุล. (2553). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 16(1), 39-49.
- ณัฐกา ปทุมอารีย์. (2551). *การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารกแรกเกิด (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโทบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2555). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 25-39.
- นฤมล วิบุโร. (2550). *ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาในการดูแลทารก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นลินี จงวิริยะพันธุ์, เปรมฤดี ภูมิถาวร, ขวัญชัย ไพโรจน์สกุล, สามารถ ภคกษมา, และชัยยศ คงคติธรรม. (บ.ก.). (2553). *Ambulatory pediatrics เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิตยา อิศรโชติ. (2557). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาเด็กป่วย หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เนตรนภา เทพชนะ. (2551). ผลของการเตรียมความพร้อมตามความต้องการของมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และธิดารัตน์ กัลลจิต. (2550). ความต้องการการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่รับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(2), 117-126.
- ปราณี ผลอนันต์, ศรีพรรณ กันธวัง, และพิมพ์ภากรณ กัลั่นกลิ่น. (2556). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(1), 89-101.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2556). อัตราการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. สืบค้น วันที่ 30 มิถุนายน 2559, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/health_statistics_2556.pdf
- สุจิรา ศรีรัตน์, และจริยา สายาวรี. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 481-489.
- สุธาภินันท์ พรเลิศทวีกุล, ทศนี ประสพกิตติคุณ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 31(1), 59-69.
- สุอารี ถ้ำตระกูล. (2551). ประสิทธิภาพของการนัดสัมผัสร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับทารกต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกหลังคลอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงแข ขำนาญวนกิจ. (2550). การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด. ใน ชาญชัย วันทนาศิริ, วิทยา ถิฐาพันธ์, ปราโมทย์ ไพโรสุวรรณ, และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (บ.ก.). *เวชศาสตร์ปริกำเนิด*. หน้า 87-90. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- Aagaard, H., & Hall, E. O. (2008). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), e26- e36.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2011). *Wong's nursing care of infants and children* (9th ed.). St. Louis: Mosby.
- McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., & Ashwill, J. W. (2009). *Maternal-child nursing* (3rd ed.). St. Louis: W.B. Saunders.
- Moore, M. L. (1983). *Realities in childbearing* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children* (unpublished manuscript). Seattle, WA: University of Washington.

การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model Labor Pain Assessment and Management by Using RAT Model Framework

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, Ph.D. (Nursing) *
Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D. (Nursing) *
ปลื้มจิต โชติทะ, Ph.D. (Nursing) ***
Pleumjit Chotiga, Ph.D. (Nursing) ***

ศรีสุดา งามขำ, Ph.D. (Nursing) **
Srisuda Ngamkham, Ph.D. (Nursing) **
ศุภวดี แก้วเพ็ญ, Ph.D. (Nursing) ****
Supawadee Thaewpia, Ph.D. (Nursing) ****

ความปวดที่เกิดจากการคลอด เป็นความปวดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก นับว่าเป็นความปวดที่ผู้คลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเป็นอาการที่จะเกิดขึ้นในทุกระยะของการคลอด จนถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งแต่ละคนมีระยะเวลาการปวดที่ไม่แน่นอน โดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมง แต่บางคนใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง เมื่อความปวดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่มั่นใจว่าตนเองจะผ่านประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดไปได้ ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด แม้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ก็นับว่าเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้หญิงส่วนใหญ่ นอกจากนี้ ความปวดของมารดา ยังอาจเกิดจากการตัดฝีเย็บ การเย็บแผลฝีเย็บ และการหดรัดตัวของมดลูกภายหลังการคลอดบุตร เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระสำคัญใน 3 ประเด็น ได้แก่ การประเมินความปวด การจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model และการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และ

มารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินความปวด

ความปวด (pain) เป็นหนึ่งในอาการความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ของร่างกายและอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ (Melzack & Wall, 1965) ความปวดทำให้เกิดความกลัว ความทุกข์ทรมานและความวิตกกังวลแก่ทุกคนที่เจ็บป่วยและเผชิญอาการปวด ซึ่ง Morriss and Goucke (2012) ได้เปรียบเทียบความปวดว่าเหมือนหนู (rat) ที่วิ่งขวิดไขว่อยู่ในบ้านเวลากลางคืน แต่พอเวลากลางวัน หนูมักหลบซ่อนอยู่ในบ้านอย่างเงียบเชียบ เช่นเดียวกับความปวด ซึ่งมีอยู่ในร่างกายทุกคน เมื่อยามร่างกายปกติ ความปวดจะไม่แสดงอาการ แต่เมื่อมีพยาธิสภาพหรือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ความปวดก็จะแสดงอาการ Morriss and Goucke (2012) ได้พัฒนารอบแนวคิดในการศึกษาความปวดขั้นพื้นฐานโดยใช้ RAT Model (R = Recognize, A = Assess และ T = Treat) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เข้าใจง่าย และมีประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาความปวดได้อย่างครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดได้ตระหนักถึง ความปวด การประเมิน การรักษาและจัดการความปวด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ให้บรรเทาหรือหายได้โดยไม่ยาก ทั้งนี้ การเข้าใจองค์ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับกลไก การประเมิน การจัดการความปวด และการพยาบาลผู้รับบริการที่มีความปวด จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการด้านการจัดการความปวดได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการเพิ่มมาตรฐานการพยาบาลของวิชาชีพพยาบาล

การประเมินความปวด นับว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการเริ่มจัดการความปวด จึงมีความสำคัญ และเป็นสิ่งที่พยาบาล ผดุงครรภ์ และบุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความตระหนัก และมีความสามารถในการประเมินให้ครอบคลุม ทั้งจากการตรวจร่างกาย การซักถาม และการสังเกต การประเมินความปวดเป็นการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความรู้สึกทางกาย ความรุนแรง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการรักษาต่างๆ ที่เคยได้รับมาก่อน ซึ่งจะต้องมีการแปลผล เพื่อนำมาวินิจฉัยหาสาเหตุ และกลไกของความปวด

การประเมินความปวดจากการคลอดจะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น เมื่อทัศนคติ การรับรู้ และการให้ความหมายกับการเจ็บครรภ์คลอดของผู้หญิงและครอบครัวในแต่ละวัฒนธรรมมีความแตกต่างกัน อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านวัฒนธรรมในการสื่อสารภาษา กายหรือวาจาเพื่ออธิบายความปวด หรือความเข้าใจในความหมายของค่าตัวเลข รวมทั้งความปวดแต่ละชนิดมีการตอบสนองต่อยาบรรเทาปวดที่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องตระหนักและเห็นความสำคัญของการประเมินและการจัดการความปวด โดยต้องสังเกตไว้ต่อความรู้สึก คำพูด และเหตุการณ์ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้แบบประเมินความปวด เพื่อให้สามารถจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยทั่วไป การประเมินความปวดในระยะคลอดมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (ศศิธร เตชะมวลิโววิทช์, 2558) 1) การตรวจร่างกาย โดยตรวจการหดตัวของมดลูก ซึ่งประเมินจากระยะเวลา ความถี่ และความรุนแรงใน

การหดตัว ประกอบกับการตรวจร่างกายเพื่อประเมินอาการหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เหงื่อออกมาก หน้าซีด และอาการคลื่นไส้ เมื่อผู้คลอดมีอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้น 2) การซักประวัติเกี่ยวกับการได้รับยาบรรเทาปวด เพื่อประกอบการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาปวด และ 3) การใช้เครื่องมือประเมินความปวด Visual Analog Scale (VAS), Facial Scale (FS) และ Numerical Rating Scale (NRS) ซึ่งในการเลือกใช้เครื่องมือ ควรเลือกให้เหมาะสมกับผู้ถูกประเมิน

การจัดการความปวดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

การจัดการความปวดจากการคลอด ต้องคำนึงถึงความวิตกกังวลร่วมกันทั้งของผู้คลอด สามี และครอบครัว เพราะทุกครอบครัวมีความคาดหวังที่จะได้ทารกที่แข็งแรง และผู้คลอดผ่านกระบวนการคลอดไปได้อย่างปลอดภัย เมื่อผู้คลอดต้องเผชิญความปวดในระยะเวลาของการคลอดที่สำคัญยิ่ง ทำให้ผู้คลอดและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล และความกลัวมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การจัดการความปวดในระยะคลอดจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทั้งพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องให้ความสำคัญและค้นหาแนวทางการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด เนื่องจากความปวดของผู้คลอดแต่ละคนจะแตกต่างกันตามประสบการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด

การใช้กรอบแนวคิด RAT Model ซึ่งพัฒนาโดย Morriss and Goucke (2012) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ Recognize, Assess และ Treat ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. Recognize หมายถึง การตระหนักถึงการรับรู้ความปวด โดยการซักถามผู้รับบริการโดยตรงว่ามีความปวดหรือไม่ หรือการสังเกตจากลักษณะท่าทางของผู้รับบริการ เช่น อาการคิ้วขมวด การเคลื่อนไหว การมีเหงื่อออก การร้องไห้ การนอนตัวงอ การนอนนิ่งๆ และอื่นๆ นอกจากผู้รับบริการแล้ว พยาบาลควรตระหนักว่ายังมีบุคคลอื่นๆ อีกหรือไม่ ที่ทราบว่าผู้รับบริการมีอาการของความปวด

เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ

2. Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยการวัดความรุนแรงของความปวดว่ามีคะแนนความปวด (pain score) เท่าใด ตรวจสอบว่าตำแหน่งที่ปวดมีกี่ตำแหน่ง ตำแหน่งใดปวดมากที่สุด มีความปวดขณะพักหรือขณะเคลื่อนไหว มีความปวดมากน้อยแตกต่างกันอย่างไรและเท่าใดในแต่ละขณะ รวมทั้งประเมินว่าความปวดส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างไร เช่น สามารถเคลื่อนไหวได้หรือไม่ รับประทานอาหารได้หรือไม่ ทำงานได้หรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องประเมินว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกหรือไม่ เช่น ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ความร้อน ความเย็น แสงแดด และความแออัดของสถานที่ ปัจจัยทางจิตใจและสังคม ได้แก่ ความโกรธ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า ความกลัว และการขาดการสนับสนุนทางสังคมและทางเศรษฐกิจ

3. Treat หมายถึง การรักษา โดยการรักษาความปวดมี 2 แบบใหญ่ๆ ดังนี้

3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับความปวดระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง ตัวอย่างเช่น การใช้หลักการบรรเทาปวดแบบ RICE ซึ่งประกอบด้วย การพัก (Rest: R) การใช้ความเย็น (Ice: I) การกด (Compression: C) และการยกบริเวณที่บาดเจ็บให้สูง (Elevation of injuries: E) การผ่าตัด การฝังเข็ม การนวด การกดจุด การสนับสนุนทางจิตใจด้วยการอธิบายและให้ข้อมูล การสร้างความมั่นใจในการรักษาความปวด การสนับสนุนจากนักสังคมสงเคราะห์ พระหรือบาทหลวง

3.2 การรักษาแบบใช้ยา เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับความปวดทุกระดับ ทั้งระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก การรักษาแบบใช้ยาแบ่งตามกลไกของความปวดได้ดังนี้ 1) nociceptive pain คือ ความปวดที่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ การรักษาจะแบ่งตามระดับความปวด เช่น ความปวดระดับเล็กน้อย ใช้ยา paracetamol และ/หรือยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ความปวดระดับปานกลาง ใช้ยาพวก codeine ร่วมกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์

และความปวดระดับมาก ใช้ยา morphine ร่วมกับยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ และ/หรือยา paracetamol และ 2) neuropathic pain คือ ความปวดที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาท อาจเกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท การรักษาจะใช้ยาที่ใช้รักษา nociceptive pain ร่วมกับยาชนิดอื่นๆ แต่เน้นยา amitriptyline และยา carbamazepine โดยสามารถผสมผสานกับการรักษาแบบไม่ใช้ยาได้ด้วย

สำหรับข้อแนะนำในการรักษาความปวดแบบใช้ยา คือ ควรให้ยาร่วมกัน โดยต้องมีความแตกต่างของตัวยา (drugs) ขนาดยา (dose) และวิถีทางให้ยา (route) เช่น เมื่อให้ยา morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำแล้ว เมื่อประเมินความปวดซ้ำ หากความปวดยังไม่ทุเลา สามารถให้ยา paracetamol (500 mg) 1 เม็ด ทางปากได้

การจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

โดยทั่วไป การคลอดแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีสาเหตุของความปวดและลักษณะการปวดเฉพาะที่แตกต่างกัน ดังนี้ (สุกัญญา ปรีสัญญกุล และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2553) ระยะที่ 1 ระยะรอคอย เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์จริงจนกระทั่งปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ เป็นช่วงเวลาที่ยาวนาน ประมาณ 12-24 ชั่วโมง และจะมีความรุนแรงของความปวดเพิ่มขึ้นจากการที่ปากมดลูกมีการบางตัวลงและเปิดขยายเพิ่มขึ้น รวมทั้งจากการหดตัวของมดลูกในระยะแรก ที่จะหดตัวนาน 30-60 วินาที โดยหดตัวทุก 3-5 นาที ความปวดจะปวดเป็นพักๆ มีความปวดระดับปานกลาง ส่วนในช่วงท้ายของระยะนี้ มดลูกจะหดตัวนาน 40-90 วินาที ทุก 2-3 นาที มีความปวดระดับปานกลางถึงระดับมาก ระยะที่ 2 ระยะคลอดทารก ใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในครรภ์หลัง ลักษณะการหดตัวของมดลูกในระยะนี้จะนาน 60-90 วินาที โดยรุนแรง โดยหดตัวนาน 60-90 วินาที ทุก 2-3 นาที มีความปวดระดับมาก รวมทั้งอาจมีความปวดจากการตัดฝีเย็บในช่วงการคลอด ระยะที่ 3 ระยะคลอดรก

มีความปวดระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ใช้เวลาประมาณ 5-30 นาที และระยะที่ 4 ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ส่วนใหญ่จะมีความปวดจากการเจ็บแผลฝีเย็บ โดยมีความปวดระดับปานกลาง

จากระยะต่างๆ ของการคลอดดังกล่าว ระยะที่พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดคือ ระยะรอคลอด ที่ผู้คลอดต้องเผชิญความปวดระดับมากเป็นเวลานาน และระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดการความปวดในระยะรอคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

ระยะรอคลอด เป็นระยะที่ผู้คลอดต้องเผชิญความปวดที่ยาวนานและรุนแรงกว่าทุกระยะ ผลการวิจัยยืนยันตรงกันว่าสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์กลัวมากที่สุดคือกลัวความปวด และกลัวการคลอดที่ต้องใช้เวลายาวนาน ดังนั้น การจัดการความปวดด้วย RAT Model ในระยะนี้จึงมีความสำคัญมาก (ศิริทิพย์ คำมีอ่อน และนิลบล รุจิรประเสริฐ, 2557; Tanglakmankhong, 2010) โดยมีการจัดการความปวดดังนี้

1.1 Recognize หมายถึง การตระหนักถึง การรับรู้ความปวด โดยการซักถามหญิงตั้งครรภ์ หรือการสังเกตท่าทาง โดยทั่วไป สิ่งที่พยาบาลควรตระหนักและต้องซักถามหญิงตั้งครรภ์มีดังนี้

1.1.1 ประสิทธิภาพการคลอด ผู้หญิงที่มีประสิทธิภาพการคลอดมาแล้ว อาจมีการรับรู้ความปวดได้ดีเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด แต่ในผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน อาจมีการรับรู้ความปวดที่ไม่ชัดเจน มีความลังเลในความปวดที่เกิดขึ้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าควรมาโรงพยาบาลหรือไม่ นอกจากนี้ ในช่วงใกล้ครบกำหนดคลอด หญิงตั้งครรภ์อาจมีความกลัวและวิตกกังวลต่อความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดอยู่ตลอดเวลา

1.1.2 ลักษณะอาการนำ หญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะครรภ์แรก มักไม่แน่ใจว่าความปวดที่เกิดขึ้นในช่วงครรภ์ใกล้ครบกำหนดคลอด เป็นการเจ็บครรภ์เตือนหรือเจ็บครรภ์จริง ควรมาโรงพยาบาลหรือไม่ ดังนั้น ในช่วง

ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ พยาบาลควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจว่าการเจ็บครรภ์เตือนเป็นการปวดที่ไม่สม่ำเสมอ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดหน่วงท้อง ระดับความปวดไม่เปลี่ยนแปลง เมื่อนอนพักแล้วจะหายปวด ส่วนการเจ็บครรภ์จริงเป็นการปวดที่สม่ำเสมอ รู้สึกไม่สุขสบาย ปวดท้อง เมื่อนอนพักแล้วจะไม่หายปวด ระดับความปวดจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมักมีมูกเลือดหรือมีน้ำเดินร่วมด้วย

1.1.3 ช่วงระยะที่หญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลว่าเป็นระยะปากมดลูกเปิดขยายช้า (latent phase) หรือระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว (active phase) เพราะจะสัมพันธ์กับระดับความปวด เมื่อเข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว ซึ่งหมายถึงปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 3 เซนติเมตร ความปวดจะเริ่มรุนแรงมากขึ้น ร่วมกับบางครั้งหญิงตั้งครรภ์อาจได้รับยาเร่งคลอด ทำให้ช่วงเวลาการหดตัวของมดลูกถี่มากขึ้น และไม่ไปตามการหดตัวตามธรรมชาติ ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด และไม่มั่นใจว่าจะทนต่อความปวดได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์หลายคนอาจขอผ่าตัดคลอด

1.1.4 ปัจจัยด้านครอบครัว หากหญิงตั้งครรภ์มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บครรภ์คลอดมาก่อน อาจสามารถบอกได้ว่าการเจ็บครรภ์นั้นเป็นการเจ็บครรภ์เตือนหรือการเจ็บครรภ์จริง และสามารถแนะนำหญิงตั้งครรภ์ได้ ส่วนสามีอาจไม่ทราบว่าจะช่วยเหลืออย่างไร เมื่อภรรยามีความปวด จึงพามาโรงพยาบาลก่อน อย่างไรก็ตาม ทั้งสามีและครอบครัวจะมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยการอยู่เป็นเพื่อน บิบนวด หรือให้คำแนะนำในการผ่อนคลายความปวดจากประสบการณ์ที่ตนเองมี

1.1.5 ปัจจัยด้านบุคลากรทางสุขภาพ เจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์ควรตระหนักถึงความปวดจากการเจ็บครรภ์ที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนกับหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องความแตกต่างระหว่างการเจ็บครรภ์เตือนกับการเจ็บครรภ์จริง นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินควรตระหนักถึงอาการท้องป็นแข็ง ปวดหลังมาก ร่วมกับการมีน้ำเดิน

ซึ่งเป็นอาการนำของการเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาโรงพยาบาลนอกเวลาราชการ

1.1.6 ปัจจัยภายนอก เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ต้องตระหนักเช่นการได้รับการเร่งคลอดหรือการชักนำการคลอด ที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอดในขณะที่ยังไม่มีการเจ็บครรภ์คลอดตามธรรมชาติซึ่งส่วนใหญ่จะทำให้เมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น มีปัญหาสุขภาพ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม โดยการเจ็บครรภ์จากการเร่งคลอดหรือการชักนำการคลอดจะเกิดขึ้นจากฤทธิ์ของยาที่เกี่ยวข้อง เช่น oxytocin หรือ prostaglandins ซึ่งเป็นการปวดที่ไม่เป็นธรรมชาติและจะรุนแรงขึ้นตามขนาดยาและระยะเวลาที่ทำการเร่งคลอดหรือชักนำการคลอด

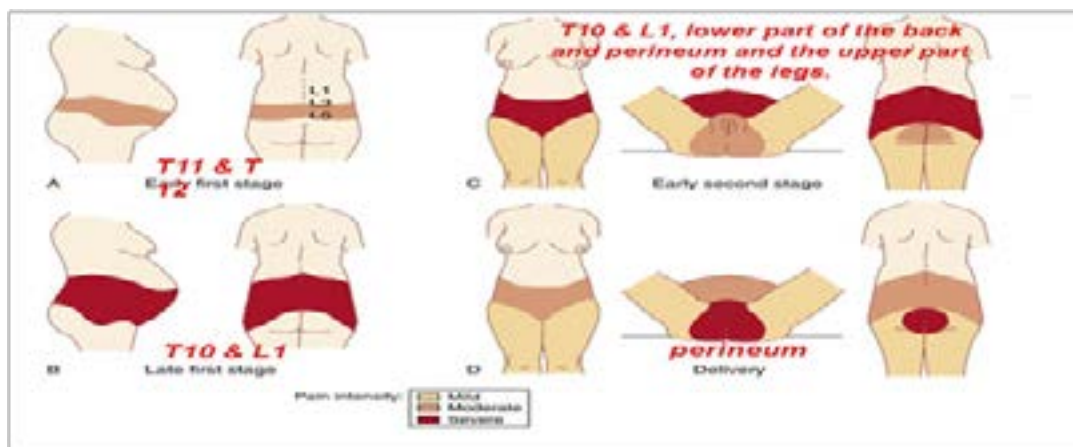
1.2 Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินมีดังนี้

1.2.1 ประเภทของความปวด ความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอด เป็นความปวดแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น และเป็นกลไกแบบ nociceptive pain

1.2.2 ความเหมาะสมในการเลือกรูปแบบการประเมินความปวด โดยสามารถเลือกได้ดังนี้ 1) การประเมินจากแบบซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ เช่น ปวดตำแหน่งใด ปวดระดับใด 2) การประเมินจากตัวเลข เช่น ประเมิน

ช่วงเวลาการหดตัวของมดลูกจากการจับเวลา (interval และ duration) หากการหดตัวของมดลูกถี่กว่า 5 ครั้งในเวลา 10 นาที ควรรายงานแพทย์ เพราะอาจเสี่ยงต่อภาวะมดลูกแตก 3) การประเมินจากการมอม เช่น ประเมินความรุนแรงของความปวด (intensity) จาก Visual Analog Scale หรือ Facial Scale 4) การประเมินสัญญาณชีพของมารดา โดยเฉพาะความดันโลหิต เพราะความปวดจากการหดตัวของมดลูกจะกระตุ้นให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และ 5) การประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound: FHS) เพราะความปวดจากการหดตัวของมดลูกจะกระตุ้นให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์สูงขึ้น

1.2.3 ลักษณะและตำแหน่งของความปวด จากการเจ็บครรภ์คลอด มักเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การกดของส่วนนำของทารกในครรภ์จากการเคลื่อนต่ำลง การยืดขยายของปากมดลูกจากการที่เนื้อเยื่อถูกทำลาย และการขาดออกซิเจนของกล้ามเนื้อจากการหดตัวของมดลูกที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การหดตัวของมดลูกยังทำให้เกิดการดึงรั้งของเอ็นต่างๆ ในบริเวณอุ้งเชิงกราน รวมทั้งกล้ามเนื้อและผิวหนังบริเวณหน้าท้อง เหนือหัวหน่าวและหน้าขา ตำแหน่งของความปวดในแต่ละระยะของการคลอด แสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ตำแหน่งของความปวดในแต่ละระยะของการคลอด (Bonica, 1996)

จากภาพ จะเห็นได้ว่าในช่วงเริ่มต้นของการเจ็บครรภ์ในระยะที่ 1 ของการคลอด หญิงตั้งครรภ์จะเริ่มปวดระดับเล็กน้อยที่บริเวณหน้าท้องและหลังในระดับ T11 และ T12 จากนั้น ความปวดจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ พร้อมกับตำแหน่งของความปวดจะเลื่อนมาอยู่ที่ระดับ T10 และ L1 ตามการหดตัวของมดลูกและการเปิดขยายของปากมดลูก เมื่อปากมดลูกเปิดขยายเต็มที่ การคลอดจะเข้าสู่ระยะที่ 2 ตำแหน่งของความปวดจะเลื่อนต่ำลงอีก เพราะส่วนนำของทารกเริ่มเคลื่อนเข้าสู่ช่องเชิงกราน โดยกลไกการหมุนของทารกจะทำให้เกิดความปวดที่ระดับ T10 และ L1 ร่วมกับความปวดบริเวณกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง กระดูกข้อต่อบริเวณหัวไหล่ ฝ่าเท้า ก้น ขาหนีบ และหน้าขา (Bonica, 1996)

1.2.4 การประเมินปัจจัยอื่นๆ มีดังนี้

- ปัจจัยด้านร่างกาย โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์จากการแสดงสีหน้า ท่าทาง เช่น ร้องคราง หน้ามัว คิ้วขมวด ร้องขอ ยาบรเทาปวด บ่นปวดมาก ร้องเอะอะโวยวาย อยากขอ ผ่าตัดคลอด หากเป็นครรภ์หลัง พยาบาลควรประเมิน โดยให้หญิงตั้งครรภ์อธิบายถึงความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดครั้งนี้เทียบกับครั้งก่อน ว่าเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ความปวดเพิ่มขึ้นหรือรุนแรงขึ้นอย่างไร มีอาการปวดที่บริเวณหลังและหัวไหล่ร่วมด้วยหรือไม่ เมื่อเวลาผ่านไป ความปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลงหรือไม่ อย่างไร ในขณะที่เคลื่อนไหว ความปวดเพิ่มขึ้นหรือไม่ มีอาการอย่างอื่นร่วมด้วยหรือไม่ เช่น มีมูกเลือด อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาในการประเมินไม่ควรถี่เกินไปจนเป็นการรบกวนการจัดการความปวดและการพักผ่อนของหญิงตั้งครรภ์

- ปัจจัยด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลควรประเมินสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ว่า มีความกลัวหรือวิตกกังวลหรือไม่เมื่อต้องมานอนในห้องคลอดของโรงพยาบาลร่วมกับหญิงตั้งครรภ์คนอื่นๆ ซึ่งเป็นบรรยากาศที่ไม่คุ้นเคย มีการร้องขอให้สามีและครอบครัวอยู่เป็นเพื่อนหรือไม่ นอกจากนี้ ควรสังเกต

ความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์เองและครอบครัวของสามี ประเมินว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ที่พึงประสงค์หรือไม่ สามีและครอบครัวมีความเชื่อต่อการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติอย่างไร

- ปัจจัยภายนอก กรณีหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดขยายเร็ว เจ้าหน้าที่ห้องคลอดอาจเลือกประเมินความปวดโดยใช้ partograph เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและดูความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดขยายของปากมดลูก (cervix dilatation) การหดตัวของมดลูก (uterine contraction) และการเคลื่อนต่ำของศีรษะทารก (descent of fetal head) เนื่องจากทั้ง 3 ส่วน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด (intensity) ในระยะนี้มดลูกจะหดตัวประมาณ 3 ครั้ง ในเวลา 10 นาที และหดตัวนานประมาณ 40-60 วินาที หากมีการกระตุ้นด้วยยาเร่งคลอด อาจทำให้การคลอดดำเนินได้เร็วขึ้น และส่งผลถึงความรุนแรงของความปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดที่มากขึ้น หรือหากกราฟผ่าน alert line ไปทางขวา จะเป็นสัญญาณเตือนว่า การเจ็บครรภ์คลอดครั้งนี้ยาวนานเกินไป ควรรายงานแพทย์

1.3 Treat หมายถึง การรักษา โดยปกติไม่นิยมให้ยาบรรเทาปวดในระยะคลอด พยาบาลจึงควรเน้นการสอนหรือแนะนำกิจกรรม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา พยาบาลควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์หรือผู้ดูแลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

- การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่า (movement and position) ควรแนะนำเกี่ยวกับท่านั่งบนเตียงหรือบนเก้าอี้ ทำขึ้น หรือทำเดิน โดยไม่ควรนอนหงายอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า การเดินและท่านั่งศีรษะสูง (upright position) สามารถลดระยะเวลาในการคลอด ลดการใช้ยาบรรเทาปวด และลดอัตราการผ่าตัดคลอดได้ (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, & Styles, 2013)

- การใช้แรงกดดัน (counter pressure) โดยใช้สันมือกดบริเวณหลัง เพื่อช่วยต้านการดึงของเอ็นยึดต่อกระดูก sacrum และกระดูก ilium ที่เรียกว่า sacroiliac ligament

- การสัมผัสและการนวด (touching and massage) เป็นการดูแลเอาใจใส่ของผู้ดูแล และเป็น การปิดประตูการส่งข้อมูลความปวดตามทฤษฎีควบคุม ประตู (Gate Control Theory)

- การฝึกการหายใจ (breathing exercise) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและลดความปวด การฝึกการหายใจสามารถทำได้โดยการหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ทางจมูก และหายใจออกทางปากช้าๆ (ดริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และวิชุดา ไชยสีวามงคล, 2554)

นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

- การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง (information) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจสาเหตุหรือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด และความก้าวหน้า ของการคลอด

- การจัดให้มีคนอยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา (continuous labor support) โดยอนุญาตให้สามีหรือ ครอบครัวอยู่ด้วยในขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความวิตกกังวล ของมารดาหลังคลอดและครอบครัว (Simkin & Hull, 2011)

1.3.2 การรักษาแบบใช้ยา โดยปกติไม่นิยม ให้ยาในช่วงต้นของระยะรอคอย เนื่องจากความปวด ยังอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ส่วนในช่วงท้าย ของระยะรอคอย ความปวดจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น รวมทั้งอาจมีการใช้ยาเร่งคลอด ซึ่งทำให้มีความปวดใน ระดับมาก โดยยาที่ใช้ในห้องคลอดมีดังนี้

- morphine เป็นยาต้นแบบของยา ในกลุ่มยาเร่งคลอด แต่นิยมใช้น้อยทางสูติกรรม เนื่องจาก มีฤทธิ์กดการหายใจของทารกมากกว่ายาอื่นๆ ในกลุ่ม เดียวกัน ยาจะออกฤทธิ์บรรเทาปวดโดยเพิ่มความทนต่อ ความปวด (pain tolerance) ที่ limbic system และ

เพิ่มระดับความปวดที่ร่างกายรับรู้ครั้งแรกที่ถูกกระตุ้น (pain threshold) ที่ thalamus นอกจากนี้ การใช้ยา ในขนาดสูงจะทำให้กดการหายใจและกดกล้ามเนื้อหัวใจ โดยตรง และลดการทำงานของประสาทส่วนปลาย ส่งผล ให้ลดการทำงานของระบบทางเดินอาหาร และเพิ่มการหลั่ง histamine ซึ่งทำให้เกิดอาการแพ้ได้

- pethidine เป็นยาบรรเทาปวดที่นิยม ใช้ทางสูติกรรม ออกฤทธิ์ได้เร็วกว่ายา morphine แต่ออกฤทธิ์ น้อยกว่าประมาณ 10 เท่า ยาจะถูกทำลายที่ตับ ขับออก ทางไต และสามารถผ่านรกได้อย่างรวดเร็ว โดยมีความเข้มข้น ของยาสูงกว่าในมารดา มีฤทธิ์กดการหายใจของทารก น้อยกว่ายา morphine หากให้ภายในระยะ 1 ชั่วโมง ก่อนคลอด พบว่าไม่มีผลต่อการกดการหายใจของทารก ยาสามารถกระตุ้นการหลั่ง histamine ในขนาดสูงได้

2. การจัดการความปวดในระยะ 2 ชั่วโมง หลังคลอด ด้วยกรอบแนวคิด RAT Model

2.1 Recognize หมายถึง การตระหนักถึง การรับรู้ความปวด กรณีหลังคลอด 2 ชั่วโมง มารดาหลังคลอด จะตระหนักถึงความปวดและสามารถบอกความปวดได้ โดยพยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของมารดาหลังคลอด ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีอาการปวดได้ง่าย ซึ่งหากในระยะ คลอดทารก มีการตัดฝีเย็บหรือมีการฉีกขาดของฝีเย็บ และได้รับการเย็บแผลฝีเย็บ ระยะนี้ควรคำนึงถึงความปวด จากการเย็บแผลฝีเย็บนอกเหนือจากการปวดมดลูกซึ่ง จะลดน้อยลงในระยะนี้และหลังจากนี้ พยาบาลผู้ดูแล ควรตระหนักว่ามารดาหลังคลอดมีความปวด โดยศึกษา ข้อมูลการตัดฝีเย็บจากรายงานการคลอด ซึ่งจะทำให้ ทราบตำแหน่งและขนาดของแผลฝีเย็บ รวมทั้งพยาบาล ต้องตระหนักว่ามารดาหลังคลอดอาจไม่สามารถอธิบาย ความปวดได้ละเอียด เนื่องจากมารดาหลังคลอดเพิ่งผ่าน การคลอดมาและอยู่ในช่วงพักฟื้น ต้องการพักผ่อน และต้องดูแลบุตร พยาบาลจึงควรสังเกตและซักถาม ความปวดไปพร้อมกับ การตรวจสอบสัญญาณชีพ นอกจากนี้ ควรตระหนักถึงอาการปวดอื่นๆ เช่น ปวดตึง เต้านม ปวดหลัง

สำหรับสามีและครอบครัว ควรรับรู้วามารดาหลังคลอดเพิ่มผ่านการคลอดมาและอยู่ในระยะหลังคลอด ซึ่งสามีและครอบครัวอาจสนใจในการซักถามถึงความปวดที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังคลอด เนื่องจากให้ความสนใจในตัวทารกที่เพิ่งเกิดมา ดังนั้น สามีและครอบครัวควรตระหนักถึงตำแหน่งที่มีความปวดของมารดาหลังคลอด ซึ่งโดยทั่วไปมารดาหลังคลอดจะมีการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ ปวดเต้านม และปวดหลัง อย่างไรก็ตาม สามีและครอบครัวอาจรู้สึกว่าการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการลดความปวดไม่ได้ เพราะเป็นความปวดเฉพาะที่ที่ไม่เหมาะแก่การเปิดเผย แต่จะสามารถสังเกตความปวดของมารดาหลังคลอดได้จากสีหน้า ท่าทาง และการเคลื่อนไหว โดยจะให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความปวดเพิ่มขึ้น

2.2 Assess หมายถึง การประเมินความปวด โดยสิ่งที่พยาบาลต้องประเมินมีดังนี้

2.2.1 อาการปวดหลังคลอด ทั้งการปวดมดลูก (after pains) การปวดเต้านม และการปวดแผลฝีเย็บ โดยมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีความปวดในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ซึ่งหากใช้ Facial Scale ที่นิยมใช้ในการประเมินความปวดอยู่ในปัจจุบัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 2-6 ทั้งนี้ ความปวดในระยะหลังคลอด มักขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของมารดาหลังคลอด ซึ่งแต่ละคนจะมีความทนต่อความปวดที่แตกต่างกัน

2.2.2 การเกิดปฏิกิริยาการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฝีเย็บ ซึ่งทำให้เกิดอาการบวม แดง และร้อน โดยปฏิกิริยาการอักเสบนี้จะเกิดขึ้นสูงสุดในช่วงวันที่ 2-3 หลังคลอด ดังนั้น แผลฝีเย็บจะตึงและอาจปวดมากในช่วงดังกล่าว

2.2.3 ลักษณะอาการปวด เป็นความปวดแบบเฉียบพลัน เพราะมีระยะการปวดน้อยกว่า 3 เดือน และเป็น nociceptive pain เพราะเป็นความปวดจากการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ (muscle injury) และเป็นความปวดจากการอักเสบ (inflammatory pain)

2.2.4 ลักษณะแผลฝีเย็บหลังคลอด ประเมินโดยใช้เครื่องมือ REEDA scale (Alvarenga, Francisco, de Oliveira, da Silva, Shimoda, & Damiani, 2015) โดยมีการประเมินการอักเสบของแผลฝีเย็บ ได้แก่ Redness: การแดงของแผล Edema: การบวมของแผล Ecchymosis การห้อเลือดของแผล Drainage: สิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล และ Approximation: การแยกของแผล

2.2.5 ปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ ประสบการณ์การหายของแผลฝีเย็บ การปวดมดลูกที่ผ่านมารวมทั้งการให้มารดาหลังคลอดลูกทำกิจกรรมภายหลังคลอดให้เร็วเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องเผชิญความปวด ทั้งนี้ การปวดมดลูกจะพบชัดเจนมากขึ้นตามจำนวนครั้งของการคลอดที่เพิ่มขึ้น และจะรุนแรงมากขึ้นหากทารกคลอดมมารดา เนื่องจากการหลั่งของ oxytocin

2.3 Treat หมายถึง การรักษา โดยพยาบาลควรเน้นการสอนหรือแนะนำกิจกรรม เพื่อให้มารดาหลังคลอดสามารถเผชิญความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.3.1 การรักษาแบบไม่ใช้ยา พยาบาลควรมีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้

- การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง โดยพยาบาลควรอธิบายสาเหตุของความปวดในแต่ละตำแหน่ง โดยอธิบายสาเหตุของการปวดมดลูกว่าเกิดจากการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นปกติในมารดาหลังคลอด และอธิบายสาเหตุของการปวดแผลฝีเย็บว่าเกิดจากกล้ามเนื้อฝีเย็บถูกตัดในระยะคลอดทารก ทำให้เนื้อเยื่อ หลอดเลือด และเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ภายหลังการเย็บแผลฝีเย็บแล้ว เนื้อเยื่อจะสมานกันภายในเวลา 2-3 สัปดาห์ และแผลจะหายเป็นปกติในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ทั้งนี้ การให้เหตุผลดังกล่าวเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับทราบถึงสาเหตุและยอมรับสภาพความปวด นอกจากนี้ พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาและความรุนแรงของความปวด โดยความปวดมักเกิดในช่วงแรกภายหลังคลอดและจะค่อยๆ หายไป ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นการเตรียม

มารดาหลังคลอดให้สามารถปรับตัวและให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง

- การอยู่เป็นเพื่อน พยาบาลควรช่วยดูแลทารกในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และอนุญาตให้สามีหรือครอบครัวอยู่ดูแลมารดาหลังคลอดและทารกเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดและครอบครัว (Simkin & Hull, 2011)

- การจัดท่านอน ควรจัดให้นอนตะแคง เพราะเป็นท่าที่ช่วยป้องกันแรงกดที่แผลฝีเย็บได้ดี ส่วนท่านอนหงายจะทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกตึงแผลมากกว่า (Walker, 2002)

- การประคบ ในช่วงแรกที่แผลฝีเย็บมีอาการปวดและบวม ควรใช้ความเย็นในการบรรเทาอาการ โดยใช้ผ้าห่อน้ำแข็ง หรือเจลประคบเย็น (cold pack) ประคบบริเวณแผลฝีเย็บครั้งละ 2-3 นาที (นุชสรา อึ้งอภิธรรม, สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2555)

- การเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด โดยแนะนำการผ่อนคลายด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ

2.3.2 การรักษาแบบใช้ยา ในการเย็บแผลฝีเย็บภายหลังคลอด แพทย์หรือพยาบาลควรให้ยาชาเฉพาะที่ก่อนการเย็บแผล เพราะการตัดฝีเย็บทำให้เกิดอาการปวด การไม่ใช้ยาชาเฉพาะที่หรือการใช้ในขนาดและในเวลาที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้มารดาหลังคลอดมีทัศนคติและประสบการณ์ที่ไม่ดีในการเผชิญความปวดต่อไป ส่วนในการบรรเทาอาการปวดแผลฝีเย็บนั้น ควรให้รับประทานยา paracetamol ซึ่งเป็นยาที่ควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก เนื่องจากมีฤทธิ์บรรเทาปวดที่ไม่รุนแรงได้ดี และมีผลข้างเคียงน้อย ให้รับประทานเมื่อมีอาการปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ซึ่งอาจให้ร่วมกับยาในกลุ่ม NSAIDs เช่น ponstan โดยให้รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร หากให้ยา paracetamol และ ponstan แล้วยังคงมีอาการปวด ควรเลือกใช้ยา ibuprofen เป็นอันดับต่อไป เพราะเป็นยาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาอื่น ๆ

ในกลุ่ม NSAIDs และขับถ่ายทางน้ำนมได้น้อย

การนำกรอบแนวคิด RAT Model มาใช้ในการประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอด จะทำให้พยาบาลสามารถจัดการความปวดจากการคลอดได้อย่างครอบคลุม โดยการตระหนักถึงความปวด การประเมิน การรักษา และการจัดการความปวดให้บรรเทาลง หากการจัดการความปวดมีขั้นตอนที่ชัดเจน จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้บริการด้านการจัดการความปวดแก่ผู้คลอดได้ดียิ่งขึ้น มีแนวทางในการจัดการความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของผู้คลอด รวมทั้งมีการใช้ยาแก้ปวดได้อย่างสมเหตุสมผล สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาที่ 15 ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลของวิชาชีพพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ดริกา วรวงศ์, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, และวิชุดา ไชยศิวกมล. (2554). ระดับความเจ็บปวดของมารดาในระยะที่ 1 ของการคลอดหลังได้รับการบรรเทาปวด โดยใช้เทคนิคการหายใจ การลูบหน้าท้อง และการนวดกันกบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 31-39.
- นุชสรา อึ้งอภิธรรม, สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). ผลของการประคบเย็นและการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดในการคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 39(4), 46-58.
- ศศิธร เตชะมวลิวิทย์. (2558). ความปวดและการจัดการความปวดของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(1), 114-124.
- ศิรินทิพย์ คำมีอ่อน, และนิลุบล รุจิประเสริฐ. (2557). ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 147-154.

- สุกัญญา ปรีสัญญกุล, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2553). *การพยาบาลสตรีในระยะคลอด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Alvarenga, M. B., Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. V., da Silva, F. M. B., Shimoda, G. T., & Damiani, L. P. (2015). Episiotomy healing assessment: Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation (REEDA) scale reliability. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 162-168.
- Bonica, J. J. (1996). The nature of pain in parturition. In Van Zundert, A., & Ostheimer, G. W. (Eds.). *Pain relief and anesthesia in obstetrics*. p. 32. New York: Churchill Livingstone.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Aug 20;(8).
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971-979.
- Morriss, W., & Goucke, R. (Eds.). (2012). *Essential pain management*. Christchurch: Faculty of Pain Medicine, Australian and New Zealand College of Anesthetists. Retrieved October 21, 2016, from <https://www.fpm.ac.uk/sites/default/files/images/FPM-EPM-Lite-Instructor-Manual-Final.pdf>
- Simkin, P., & Hull, K. (2011). Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166-176.
- Tanglakmankhong, K. (2010). *Childbirth expectations and childbirth experiences among Thai pregnant women* (doctoral dissertation). Portland, OR: Oregon Health & Science University.
- Walker, M. (Ed.). (2002). *Core curriculum for lactation consultant practice*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก ตามบริบทของสังคมไทย Family-centered Care: From Theory to Practice for End of Life Care of Critical Patients in Intensive Care Unit based on Thai Context

สุริยา ฟองเกิด, พย.บ. *

Suriya Fongkerd, B.N.S. *

ศุภรา หิมานันโต, กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) **

Supara Himananto, M.Ed. (Guidance Psychology) **

สืบทระกูล ตันตลานุกุล, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ***

Suebrakul Tantanukul, M.N.S. (Community Nursing Practitioner) ***

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและมีการดำเนินโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต ผู้ป่วยจะได้รับการดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของอวัยวะสำคัญด้วยการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์และคาไว้ในร่างกาย ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยมักรับรู้และเข้าใจว่าหอผู้ป่วยหนักเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการคาบเกี่ยวระหว่างการรอดชีวิตกับการสูญเสียชีวิต จึงคาดการณ์ถึงสิ่งที่ไม่ดีที่จะเกิดขึ้นกับบุคคลอันเป็นที่รักไว้ล่วงหน้าเสมอ (ปฐมวดี สิงห์คง และชนกพร จิตปัญญา, 2555) การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยประเภทต่างๆ รวมถึงผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลา และมีบทบาทสำคัญในการนำพาผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นทั้งระบบเปิดและระบบปิด สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้เมื่อสมาชิกอื่นเกิดความเจ็บป่วย โดยมีความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง บุคลากรทางสุขภาพควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัว และสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแล แนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว แต่การปฏิบัติ การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้นยังไม่แพร่หลายนัก โดยส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ที่การพยาบาลมารดาและทารก และการพยาบาลเด็ก บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการนำแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย ซึ่งคณะผู้เขียนเห็นว่าแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการพยาบาลที่ดีเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

จึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้ายในหอผู้ป่วยหนัก

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เป็นบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีภาวะล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย โดยเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะหรือระบบที่สำคัญของร่างกายอย่างทันทีทันใด หรือเกิดจากการกำเริบของโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม ที่ก่อให้เกิดภาวะเสื่อมและคุกคามต่อชีวิต จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ ซึ่งนอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว ยังต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงต่อความตาย ทำให้ผู้ป่วยคิดถึงความตาย เกิดความหวาดกลัว ลี้หน้าง และทุกข์ทรมาน (Eggenberger & Nelms, 2007) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถติดต่อสื่อสาร รับรู้ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ (Yang, 2008; Wall 2009) โดยครอบครัวจะต้องตัดสินใจแทนเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ส (Agard & Harder, 2007) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลต่อสมาชิกครอบครัวทั้งด้านสุขภาพร่างกาย (Pryzby, 2005) ด้านจิตใจ (Carter & Clark, 2005) ด้านบทบาทหน้าที่ (McAdam, Arai, & Punttillo, 2008) และด้านเศรษฐกิจ (สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2550)

ครอบครัวในบริบทของสังคมไทย สมาชิกครอบครัวจะมีความใกล้ชิดสนิทสนม และผูกพันกัน เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจึงมีความหมายและเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย นอกจากครอบครัวจะเป็นผู้คุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าพยาบาลแล้ว ยังส่งผ่านความรักและเชื่อมโยงความหวังไว้ระหว่างกันด้วย สำหรับสมาชิกครอบครัว การได้ร่วมดูแลผู้ป่วยนับว่าเป็นความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของตน ส่วนผู้อ่อนอาวุโสกว่า นับว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อทดแทนบุญคุณของผู้ป่วย ดังนั้น สมาชิกครอบครัวจึงเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความวิตกกังวล กระวนกระวายใจจากการไม่รู้หรือการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องต่อภาวะเจ็บป่วย จึงยิ่งทวีความกลัวและความวิตกกังวลเมื่อต้องพบทีม

พยาบาล เพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมตัดสินใจเลือกแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วย มีการศึกษาที่พบว่าครอบครัวเร่งรีบเพื่อมาพบทีมพยาบาลด้วยความหวังว่าจะได้รับข่าวดี (สุนิสา สุขตระกูล, 2544) แต่เมื่อสิ่งที่เกิดขึ้นไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ครอบครัวจะช่วยเหลือกันปลอบใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน หรือแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากภายนอก ครอบครัวอาจตอบสนองด้วยความบกพร่องด้านการสื่อสารกับทีมพยาบาล ซึ่งในบางครั้ง ครอบครัวจะมอบภาระการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาแก่ทีมพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะประคับประคองอาการหรือในระยะสุดท้าย (Gries, Curtis, Wall, & Engellberg, 2008) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต อาจทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อความสูญเสียอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลถึงการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้ ดังนั้น การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตระยะสุดท้าย เพื่อให้ครอบครัวสามารถเข้าถึงผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยได้ร่วมดูแลบุคคลอันเป็นที่รักอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลที่สำคัญของบุคคล เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานที่ว่าครอบครัวเป็นระบบ มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดระหว่างสมาชิก มีความเข้าใจความต้องการของสมาชิก และเข้าใจโครงสร้างเฉพาะและสภาพความเป็นจริงของครอบครัว จากหลักฐานผลงานวิจัยที่พบว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ความรัก กำลังใจ การให้คุณค่า ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของเงินทองแก่สมาชิกครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นบริบทที่สำคัญของบุคคล และบุคคลก็เป็นบริบทของครอบครัวด้วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัว ไม่ว่าในทางบวกหรือทางลบก็ตาม จะมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว จากแนวคิดดังกล่าว ครอบครัวจึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบ มีบทบาทและกลไกสำคัญในการดูแลสมาชิกครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและภาวะเปราะบางทางสุขภาพ หรือในวาระสุดท้ายของสมาชิกครอบครัว (Wright & Bell, 2009)

ความหมายของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นปรัชญาการดูแลที่เน้นการสนับสนุนความเป็นองค์รวมของการดูแลบุคคลและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว (May & Mahlmeister, 1990) แนวคิดหลักของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางคือ ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ครอบครัว และการสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการพยาบาล แนวคิดนี้ถูกหยิบยืมมาอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในช่วง 40 ปีมานี้ โดยในระยะเริ่มแรกเป็นการดูแลสตรีตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร ซึ่งนับว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของครอบครัว (Galvin et al., 2000) จากนั้น วิชาชีพพยาบาลก็มีการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการปฏิบัติตามกระแสนของการเปลี่ยนแปลง โดย Hennel ซึ่งเป็นผู้จัดการพยาบาล ได้ริเริ่มนำปรัชญาการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาปฏิบัติในแผนกมารดาและทารกเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1956 ซึ่งเขาเป็นผู้เลือกผู้ร่วมงานเอง รวมทั้งแม่บ้านที่มีความเชื่อและเต็มใจที่จะปฏิบัติงานด้วยปรัชญาการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Hennel, 1968 cited in Phillips, 1999) และในปี ค.ศ. 1959 Wiedenbach พยาบาลผดุงครรภ์ ก็เป็นอีกผู้หนึ่งที่จุดประกายความคิดเกี่ยวกับปรัชญานี้ โดยตีพิมพ์หนังสือเล่มหนึ่ง ชื่อ “การพยาบาลมารดาที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง” ซึ่งเป็นหนังสือที่ทำทนายรูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิม โดยกระตุ้นพยาบาลให้ดูแลและประคับประคองมารดาด้วยความตระหนักและความเข้าใจในความต้องการของมารดา ทารก และครอบครัว (Wiedenbach, 1959 cited in Phillips, 1999) อย่างไรก็ตาม กระแสของปรัชญานี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลมารดาและทารกอย่างช้าๆ เพราะผู้ปฏิบัติยังคงเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อมากกว่าการคำนึงถึงว่า

การคลอดเป็นเหตุการณ์สำคัญ of ครอบครัว (รัชนี นามจันทรา, 2552)

สำหรับในประเทศไทย มีพยาบาลหลายสาขาได้นำแนวคิดเหล่านี้มาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้นในการพยาบาลบุคคลและครอบครัว ทั้งที่อยู่ในภาวะปกติและมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ แนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีผลดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของอัญชัน เศษะวีรากร (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ พบว่าบิดามารดารู้สึกได้รับการเคารพ การสนับสนุน การดูแลด้านจิตใจ และไม่รู้สึกเสียใจที่เลือกใช้รูปแบบการดูแลนี้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของพัชรี หมื่นกล้าหาญ (2545) ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว และความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และครอบครัวที่ได้รับการดูแลโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานวิจัยของจันทิมา ชินส้อย (2550) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจในบริการของผู้คลอดและครอบครัว และสัมพันธภาพของกลุ่มสมรส พบว่าผู้คลอดและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล ทำให้ครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าและมีศักยภาพในการร่วมดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

ความต้องการของบุคคลกับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เนื่องจากบุคคลมีความต้องการที่หลากหลาย และครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้ ความต้องการของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีดังนี้ (สุริยา พองเกิด, วรณีย์ เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์, 2554)

1. มนุษย์ต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย และความเอื้ออาทรจากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก
2. มนุษย์ต้องการเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่ยอมรับ มีคุณค่า มีความสามารถ และมีความหมาย โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย
3. มนุษย์ต้องการบุคคลที่ไว้วางใจได้ในการเป็นที่ปรึกษา รับฟังเรื่องทุกข์ยาก และสามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนได้
4. ในภาวะวิกฤตของชีวิตหรือภาวะคุกคามชีวิต บุคคลต้องการความช่วยเหลือ การดูแล และการตัดสินใจในการเผชิญและแก้ปัญหาจากครอบครัว

องค์ประกอบของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

National Center for Family-Centered Care (NCFCC) ได้กำหนดองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้ (Coker, Rodriguez, & Flores, 2010)

1. การเคารพและตระหนักว่าครอบครัวมีความสำคัญที่ถาวรต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ขณะที่ผู้ให้การพยาบาลหรือระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์หรือภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล
2. การสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพในทุกระดับของการดูแลสุขภาพทั้งที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างสมบูรณ์และไม่ลำเอียงระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพ

ในทำนองนี้ทำให้การสนับสนุนบุคคลตลอดเวลา

4. การตระหนัก ยอมรับ ให้เกียรติ และเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นปัจเจกบุคคล ทั้งภายในครอบครัวและระหว่างครอบครัว ได้แก่ ความแตกต่างเกี่ยวกับเชื้อชาติ ความเชื่อ ศาสนา เศรษฐกิจ สังคม และสภาพที่อยู่อาศัย

5. การให้ความสำคัญกับศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว และการเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลตลอดจนความแตกต่างในการเผชิญและแก้ปัญหาของครอบครัว

6. การเข้าใจและประสานความต้องการตามระยะพัฒนาการของบุคคลและครอบครัวเข้ากับระบบบริการสุขภาพ

7. การกระตุ้นและสนับสนุนครอบครัวในการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือของครอบครัว

8. การลงมือปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายและโครงการพัฒนาบริการที่สนับสนุนด้านอารมณ์และเศรษฐกิจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

9. การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความยืดหยุ่น และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีวัฒนธรรมที่แตกต่างและหลากหลาย

สิ่งที่พึงตระหนักในการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Johnson (2000) ได้เสนอแนะว่าสิ่งที่พยาบาลพึงตระหนักในการลงมือปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้

1. ครอบครัวมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยในทุกอายุอย่างถาวร ซึ่งสมาชิกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวโดยการเกิด การแต่งงาน การรับเข้ามาเป็นบุตรบุญธรรม หรือจากความต้องการเพื่อการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. ครอบครัวมีความหมายหลากหลายได้ตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวกำหนด

3. การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต้องเป็นการดูแลที่ครอบคลุมและผสมผสานเข้าไปในระบบ การดูแลสุขภาพ ในทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและโครงการบริการสุขภาพ จะทำให้รูปแบบการดูแลนี้มีความหมายและใช้ได้อย่างกว้างขวาง

หลักปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Johnson (2000) ได้เสนอหลักปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้ดังนี้

1. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว

2. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ตัดสินใจอย่างอิสระ และร่วมวางแผนในการดูแลรักษาสุขภาพ

3. ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

4. ให้อิสระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลตามความต้องการของตนเอง และมีสิทธิ์ในการกำหนดเป้าหมายของตนเอง

5. ตระหนักว่าผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

6. มีความยืดหยุ่นสำหรับความต้องการของครอบครัว

7. ให้กำลังใจ และเตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว

8. ให้การยอมรับต่อความเชื่อ ค่านิยม และศักยภาพเกี่ยวกับการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

9. ไม่แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัวหรือญาติ

10. ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วย

11. ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและประเมินผลการดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่ตรงจุดมากขึ้นและเกิดความพึงพอใจในการดูแล

ปัจจัยความสำเร็จในการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากการนำทฤษฎีการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลนั้น พบว่ามีปัจจัยความสำเร็จในการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพดังนี้ (สุริยา ฟองเกิด และอนิสา อรัญศิริ, 2556)

1. การสร้างเครือข่ายที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในการดูแลระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและครอบครัว เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และในปัจจุบันสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต www.familycenteredcare.org

2. การประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การวิเคราะห์สถานการณ์ และองค์ความรู้ด้านการใช้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในครอบครัวต่าง ๆ การสัมมนาความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในองค์กรสุขภาพ เพื่อปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพหรือวัฒนธรรมองค์กรให้เห็นคุณค่าของรูปแบบการดูแลนี้

3. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลของโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกัน โดยมีการปรับเปลี่ยนดังนี้

3.1 สร้างปรัชญาการดูแล เพื่อเป็นข้อแนะนำในการพัฒนาโปรแกรม การออกแบบหน่วยงาน และการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

3.2 พัฒนาโครงสร้างภายในโรงพยาบาลที่สนับสนุนความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว

3.3 เอื้อให้เกิดการตั้งสภาที่ปรึกษาครอบครัว เพื่อพัฒนากลวิธีการดูแล

3.4 ทบทวนและปรับระบบบันทึกที่ครอบคลุมถึงเป้าหมาย การจัดลำดับปัญหา ศักยภาพ และความต้องการ

ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

3.5 พัฒนาและปฏิบัติการเพื่อเพิ่มการสนับสนุนจากครอบครัวผู้ครอบครัว

3.6 ทบทวนนโยบาย และผสมผสานวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การตกลงเข้าทำงาน การปฐมพยาบาลพนักงานใหม่ การกำหนดตำแหน่ง การประเมินผลงาน และการพัฒนาบุคลากร

3.7 ช่วยวางแผนการออกแบบหอผู้ป่วยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพิ่มควมมีคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย

3.8 ลงมือปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว ในด้านความพึงพอใจและคุณภาพการพยาบาล

4. การออกแบบหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ ที่สนับสนุนกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง บุคลากรทางสุขภาพควรเปิดใจกว้าง โดยยอมรับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลเมื่อมีสถานที่ที่เหมาะสมกับการทำงาน นอกจากนี้ การออกแบบโครงการใหม่ด้านสุขภาพนั้น ต้องมีการระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขา ผู้ป่วย และครอบครัว และประเมินความต้องการการฝึกอบรมของสมาชิกครอบครัวในการใช้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นการกระตุ้นครอบครัวให้เข้ามามีการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

5. การปรับเปลี่ยนรูปแบบการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มความสนใจและความคุ้นเคยตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล และการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการใช้รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมากกว่าการเน้นโรคของผู้ป่วย โดยเน้นทักษะการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว

6. การกำหนดควมวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย และระบบการใช้รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หน่วยงานหรือองค์กรทางสุขภาพต้องมีการกำหนด

นโยบายของตนให้ชัดเจนและประกาศให้ทราบทั่วกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัว

ประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวคิดของหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ทีมพยาบาลและทีมงานด้านอื่น ๆ ยังขาดความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยปกติ ทีมพยาบาลจะเห็นภาพตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญทุกด้านของการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ในขณะที่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยถูกกำหนดให้เป็นผู้สังเกตการณ์ ดังนั้น ทีมพยาบาลอาจรู้สึกลำบากใจในการเปลี่ยนวิธีการทำงานแบบให้ครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งที่ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นส่วนสำคัญในการรักษาชีวิตผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางดังกล่าวมาแล้ว พบว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยแนวทางการช่วยพุงภาวะสุขภาพที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดสำหรับผู้รับผิชอบดูแลชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ กระบวนการตัดสินใจ การควบคุมสถานการณ์ โดยครอบครัวมีเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลผ่านกระบวนการที่ครอบคลุม ปลอดภัย และเสริมสร้างความศรัทธาในการให้ความไว้วางใจในกันและกันของผู้ร่วมรับผิดชอบดูแลชีวิตผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบ 7 ประการ ได้แก่ 1) ครอบครัวคือผู้ดูแลรักษาชีวิตผู้ป่วยวิกฤต 2) ครอบครัวและทีมพยาบาลต้องร่วมมือกัน 3) ต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยวิกฤตอย่างละเอียด 4) ทีมงานผู้เชี่ยวชาญต้องมีความรู้ด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว ระดับความเข้มแข็ง และระดับความเป็นส่วนตัวของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต 5) ทีมงานต้องสังเกตวิธีแก้ปัญหาของครอบครัว และต้องมีนโยบายและโปรแกรมการอบรมที่ครอบคลุม ชัดเจน และเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว 6) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

ของแต่ละครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วยให้มีคุณค่ามาก และ 7) การให้บริการพยาบาลและการให้ความร่วมมือของ ครอบครัว ต้องสัมพันธ์กันเป็นหนึ่งเดียว เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกันและกัน

จากองค์ประกอบข้างต้นทั้ง 7 ประการ พยาบาล สามารถนำมาสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย วิกฤตที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ครอบครัวควรได้ระบายความเศร้าผ่านการใกล้ชิดผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอยู่ในระยะวิกฤต เพื่อให้ครอบครัวเชื่อมสายใยความรักเข้าด้วยกัน ทีมพยาบาลต้องมีส่วนในการช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถพบบรรยากาศเช่นนี้ ซึ่งแผนกผู้ป่วยหนักได้ใช้กลวิธีที่หลากหลายในการช่วยให้ครอบครัวได้ทำหน้าที่ของตนอย่างแท้จริง ครอบครัวจะต้องได้รับการปฐมฤกษ์เพื่อรับทราบข้อมูลและปฏิบัติตาม ทีมพยาบาลจะแนะนำครอบครัวให้เรียกชื่อผู้ป่วยและเข้าไปสัมผัสโอบกอดผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้สัมผัสแห่งความรักจากครอบครัวได้

ขั้นที่ 2 พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยหนักได้จัดทำเอกสารแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการริเริ่มลักษณะนี้ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรอบคอบในการตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ทั้งของครอบครัวและทีมพยาบาล กรณีมีข้อมูลที่ต้องปกปิด ทีมพยาบาลจะเชิญครอบครัวของผู้ป่วยมาที่ละครอบครัวเพื่อพูดคุยเป็นการส่วนตัว แสดงให้เห็นว่าการวางแผนอีกเพียงเล็กน้อย ปัญหาที่จะผ่านพ้นไปได้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่สมบูรณ์ และตรงไปตรงมาระหว่างครอบครัวกับทีมพยาบาล เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือ ครอบครัวต้องได้รับข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยว่าบ่งถึงอาการใด และมีแนวโน้มว่าจะเกิดอาการอย่างไรในอนาคต ซึ่งเมื่อครอบครัวต้องอ่านข้อมูลทางการแพทย์ดังกล่าว จะสามารถเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ต้องมีการให้คำตอบที่ชัดเจนแก่ครอบครัว ทั้งความเสี่ยง ข้อเสีย ผลประโยชน์ และสิทธิในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาลต่างๆ

ขั้นที่ 3 จัดโปรแกรมฝึกหัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ตามขีดความสามารถของแต่ละครอบครัว เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย นอกจากนี้ ทีมพยาบาลจะต้องสะท้อนถึงการเตรียมการรองรับความหลากหลายทางวัฒนธรรมของครอบครัว รวมทั้งความเป็นปัจเจกและความเป็นเอกเทศของครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นประเด็นสำคัญด้วยเช่นกัน ดังตัวอย่างเช่น ชาวมุสลิมเป็นผู้ป่วยหลักของหอผู้ป่วยหนัก จึงจัดประชุมย่อยร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลกับครอบครัว เพื่อทำความเข้าใจและแสดงถึงการให้เกียรติแก่ครอบครัว ซึ่งเป็นการช่วยกระตุ้นทีมพยาบาลให้คำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมของครอบครัวต่างๆ ความเปราะบางทางวัฒนธรรมที่ต้องคำนึงถึง รวมทั้งการรับรู้ถึงเอกลักษณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นที่ 4 การให้ความสำคัญกับการกระตุ้นและการอำนวยความสะดวกแก่ครอบครัว เป็นการแสดงน้ำใจไมตรีระหว่างสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เพื่อให้กำลังใจ คลายความเครียด หรืออาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยมักมีความคิดว่า “เราเคยมารับบริการที่นี่แล้ว” จะรู้สึกทุกอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวก็จะผ่านพ้นไปด้วยดีเช่นกัน และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการต่างๆ ที่โรงพยาบาลต้องตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย

ขั้นที่ 5 การให้ความสำคัญต่อความเป็นครอบครัวอย่างแท้จริง สมาชิกแต่ละคนในครอบครัวมีความแตกต่างกันในเรื่องความแข็งแรงของร่างกาย ความคิด ความวิตกกังวล อารมณ์ และแรงบันดาลใจ ภายใต้อาการต้องการรับการดูแลทางสุขภาพ หอผู้ป่วยหนักได้ให้บริการด้านการปรับตัวแก่ครอบครัวเมื่อจะต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของครอบครัว ซึ่งขั้นตอนนี้นับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญยิ่งเมื่อพยาบาลประเมินว่าถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย พยาบาลจะต้องประสานกับครอบครัวให้ทราบข้อมูลและนำพาครอบครัวให้ได้ทำกิจกรรมทางศาสนาหรือ

ความเชื่อของแต่ละครอบครัวเกี่ยวกับความตาย โดยพยาบาลและครอบครัวจะต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา เจ็บครอบครัวเป็นระยะถึงอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย จึงเริ่มให้ครอบครัวได้พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นครั้งสุดท้าย และนำพาผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยพยาบาลพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวลบริเวณข้างหูของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยนึกถึงศาสนาของศาสนาที่ตนนับถือและกราบหรือทำความเคารพ จากนั้นจึงพูดคุยกับผู้ป่วยว่า “ขอให้ท่านเดินทางตามศาสนาของท่านไปพบแสงสว่าง” เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว พยาบาลให้ครอบครัวได้ขอขมาต่อศพ และให้การพยาบาลผู้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี ภายใต้งานมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในครอบครัว

การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะวิกฤตเฉียบพลัน และเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ครอบครัวได้มีโอกาสร่วมดูแลผู้ป่วยโดยมีความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยบุคลากรทางสุขภาพควรให้ข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนให้ครอบครัวได้รับความสะดวกในการดูแล การพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีองค์ประกอบหลายประการเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลที่ผ่านมานั้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลา และมีบทบาทสำคัญในการนำพาผู้ป่วยให้ตายอย่างสงบ การนำแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ รูปแบบการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทุกวัยและในทุกระดับของการบริการสุขภาพ ซึ่งพบว่าเกิดผลดีกับทุก ๆ ฝ่าย บุคลากรทาง

สุขภาพ จึงควรศึกษาและทำความเข้าใจแนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาการบริการโดยใช้แนวคิดการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จันทิมา ชินสร้อย. (2550). *ผลของโปรแกรมการดูแลผู้คลอดที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจในบริการของผู้คลอดและครอบครัว และสัมพันธภาพของคู่สมรส* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปฐมวดี สิงห์คง, และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ประสิทธิภาพของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 404-417.
- พัชรี หมั่นกล้าหาญ. (2545). *ผลการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวและความมั่นใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิ นามจันทร์. (2552). การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 5-10.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาก , และชวนพิศ ทานอง. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical care nursing*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุนิสา สุขตระกูล. (2544). *ความต้องการในภาวะสูญเสียและเศร้าโศกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะใกล้ตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริยา ฟองเกิด, และอนิสตา อรัญศิริ. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

- สุริยา ฟองเกิด, วรณี เดียววิเศษ, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2554). ทักษะคิดของพยาบาลต่อการให้ความสำคัญของครอบครัวในการพยาบาล: การสำรวจในพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. ใน *รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง บทบาทของสถาบันการศึกษายพยาบาลเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน*. หน้า 1-15. วันที่ 16 ธันวาคม 2554 ณ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์.
- อัญชัน เตชะวิจิตร. (2544). ผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีการพยาบาลของคิงต่อการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ดูแลและพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Agard, A. S., & Harder, I. (2007). Relatives' experiences in intensive care: Finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing*, 23(3), 170-177.
- Carter, P. A., & Clark, A. P. (2005). Assessing and treating sleep problems in family caregivers of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 25(1), 16, 18-23.
- Coker, T. R., Rodriguez, M. A., & Flores, G. (2010). Family-centered care for US children with special health care needs: Who gets it and why?. *Pediatrics*, 125(6), 1159-1167.
- Eggenberger, S. K., & Nelms, T. P. (2007). Being family: The family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1618-1628.
- Galvin, E., et al. (2000). Challenging the precepts of family-centered care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing*, 26(6), 625-632.
- Gries, J. C., Curtis, J. R., Wall, J. R., & Engelberg, A. R. (2008). Family member satisfaction with end-of-life decision making in the ICU. *Chest*, 133(3), 704-712.
- Johnson, B. H. (2000). Family-centered care: Four decades of progress. *Families, Systems, & Health*, 18(2), 137-156.
- May, K. A., & Mahlmeister, L. R. (1990). *Comprehensive maternity nursing: Nursing process and the childbearing family* (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- McAdam, J. L., Arai, S., & Puntillo, K. A. (2008). Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 34(6), 1097-1101.
- Phillips, C. R. (1999). Family-centered maternity care: Past, present, future. *International Journal of Childbirth Education*, 14(4), 6-11.
- Pryzby, B. J. (2005). Effects of nurse caring behaviors on family stress responses in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(1), 16-23.
- Wall, R. J. (2009). The one thing certain in the ICU is uncertainty. *Critical Care Alert*, 17(2), 9-16.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Yang, S. (2008). "A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit". *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 79-86.

การเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้บริบทเป็นฐาน:
ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
District Health Management Learning by Context Based Learning:
Learning Coordinating Center, Boromarajonani Collage of Nursing, Khon Kaen

ศิริภาณี ศรีหาคาก, ปส.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน) *

Siranee Sihapark, Ph.D. (Community Health Development) *

วัชร อมรโรจน์วรุตติ, ปส.ด. (หลักสูตรและการเรียนการสอน) **

Wacharee Amornrojanavaravutti, Ph.D. (Curriculum and Instruction) **

สุพจน์ แก้วบุคดี, กศ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา) ***

Supoj Kaewbuddee, M.Ed. (Educational Technology) ***

สมบัติ เจียรพงษ์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ****

Somjai Jearapong, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ****

ณรงค์ คำอ่อน, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ***

ธำนิ กล่อมใจ, Ph.D. (Health Promotion) *****

Narong Kam-on, M.N.S. (Nursing Administration) ***

Thanee Glomjai, Ph.D. (Health Promotion) *****

สภาวะสุขภาพของประชาชนปัจจุบันที่เผชิญกับภาวะโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนมากทั้งทางโครงสร้างและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เกินกว่าที่สถานบริการสุขภาพแห่งใดแห่งหนึ่งจะสามารถรองรับได้ (ศิริภาณี ศรีหาคาก, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณะ เติ่งรัง, 2556; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) การพัฒนาระบบสาธารณสุขในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีความพยายามในการเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนให้เกิดความเป็นเอกภาพ (unity) โดยเฉพาะแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหน่วยของการให้บริการที่สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ

ระดับอำเภอ มีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหาความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่ และสามารถบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพ และสังคมได้อย่างเป็นระบบ ระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นหน่วยที่สามารถให้บริการได้ครบวงจร ทั้งกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่มีความยืดหยุ่นในตัวเอง (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557; ศิริภาณี ศรีหาคาก และคณะ, 2559) ทำให้ในปี 2555 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารวิชาชีพการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารก และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เกิดระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการภาคีภายใต้กระบวนการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (unity district health team) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (community participation) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (appreciation and quality) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (essential care) (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2557) กระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบสุขภาพอำเภอ จึงเป็นความโดดเด่นของรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

ต่อมาในช่วงรอยต่อของปีงบประมาณ 2558 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการแก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ซึ่งเป็นการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญของ 1 ใน 6 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เพื่อเป็นฐานสำคัญของการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพ และเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่สำคัญ (World Health Organization: WHO, 2010) โดยเฉพาะกระบวนการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอด้วยกระบวนการเรียนรู้ ที่เรียกว่า การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) มีศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (Learning Coordinating Center: LCC) ทำหน้าที่ประสานงานและจัดการเรียนรู้ให้กับผู้นำระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ทั้งสิ้น 44 แห่ง และมีทีมเรียนรู้ (learning team: LT) ทั้งสิ้น 227 อำเภอ หรือร้อยละ 25.85 ของระบบสุขภาพอำเภอในประเทศไทย และพบว่าศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้จำนวน 6 แห่ง และนักวิชาการประจำศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ จำนวน 13 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาและ

บุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ จึงเป็นกลไกที่สำคัญของการพัฒนาสมรรถนะทีมเรียนรู้ ที่จะนำไปสู่การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นสถาบันการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับทีมเรียนรู้ในพื้นที่ 6 อำเภอ ของจังหวัดขอนแก่น ภายใต้ภารกิจ การบริการวิชาการแก่สังคม ด้วยการทำงานแบบเป็นภาคี หุ่นส่วนร่วมกับสถานบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อตอบสนองปัญหาสุขภาพ ซึ่งระยะเวลา 2 ปี ในการดำเนินงานของศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ดังกล่าว ได้เกิดการแลกเปลี่ยนระหว่างนักวิชาการและนักปฏิบัติการ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ที่นำมาสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน และการพัฒนาการบริการวิชาการ การจัดการเรียนการสอน และการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ภายใต้การเรียนรู้โดยใช้บริบทของระบบสุขภาพอำเภอเป็นฐาน

การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน

การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context based learning: CBL) เคยถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้ในพื้นที่อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552; 2555) ซึ่งคุณลักษณะสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน สรุปได้ดังนี้

1. เหมาะสมกับสถานการณ์ตามความจำเป็นของการเรียนรู้ ที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้เรียน และการเรียนในสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับที่ทำงานจริง

2. เน้นให้ปฏิบัติได้ ใช้ทฤษฎีเท่าที่จำเป็น ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากปัญหาที่พบมากกว่า การเรียนเป็นรายวิชา และมีการเชื่อมโยงการปฏิบัติสู่

ทฤษฎีอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของการใช้ ปรับ และพัฒนา “มาตรฐาน” ให้เหมาะกับบริบทเป็นหลัก

3. มี “เครื่องมือ” ที่ใช้ในการวางแผน วัตถุประสงค์ และประเมินผลด้วยตนเอง โดยกำหนดทิศทางการเรียนรู้ตามความจำเป็น ให้ผู้เรียนจัดการเรียนรู้ด้วยตนเองเป็นหลัก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ โดยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในลักษณะของการ “ได้เห็น” “ได้ทำ” และในที่สุด “ทำได้” มีการประเมินผลที่ง่ายและเป็นระบบ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเรียนรู้

การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอครั้งนี้ จึงเป็นการจัดการเรียนรู้ภายใต้เงื่อนไขและองค์ประกอบที่แวดล้อมของพื้นที่ ที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมเรียนรู้โดยใช้หลักการของการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) มีการกำหนดกิจกรรมและออกแบบการเรียนรู้ตามความจำเป็นของเนื้อหา คุณค่า และบริบทของพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมการจัดการเรียนรู้เน้นกระบวนการ เพื่อให้ทีมเรียนรู้ได้เห็น ทดลอง สัมผัส และนำไปประยุกต์ใช้ โดยมีการเสริมสมรรถนะทางการบริหารจัดการในส่วนที่ทีมเรียนรู้ยังขาด และเพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางวิชาการ พร้อมกับการเพิ่มสมรรถนะทางสังคมของทีมนำได้แก่ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จากเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับอำเภอ มีกิจกรรมที่เป็นกรณีตัวอย่าง ทั้งการให้บริการในสถานบริการ การให้บริการที่บ้าน และการจัดกิจกรรมในชุมชนที่เน้นกระบวนการเรียนรู้

สำหรับองค์ประกอบของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานนั้น ภายใต้กระบวนการเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานมีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ดังนี้ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557; ศิริฉนิ ศิริหาภาค และคณะ, 2559)

1. ทีมเรียนรู้ (learning team: LT) ประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ บุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บุคลากร

จากโรงพยาบาล และตัวแทนภาคประชาชน เช่น บุคลากร หรือสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือตัวแทนของชุมชน จำนวนทีมละ 6-8 คน ทีมเรียนรู้เป็นหัวใจของการเดินเรื่องการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งต้องมีการกำหนดประเด็นเรื่องหรือโครงการ เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ทีมเรียนรู้ใช้ในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยน เพื่อพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่จะเป็นฐานของการเรียนรู้เชิงบริบทที่สำคัญ ซึ่งทีมเรียนรู้ของศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จากพื้นที่ 6 อำเภอ มีจำนวนทั้งสิ้น 64 คน

2. ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ (Learning Coordinating Center: LCC) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีมนำ ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ภายใต้การเรียนรู้เชิงบริบท เพื่อทำการกระตุ้น หนุนเสริม ให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของทีมนำ ภายใต้การร่วมออกแบบการจัดการเรียนรู้กับทีมนำ

3. นักวิชาการ (academic institute: AI) ประกอบด้วยนักวิชาการประจำ (AI coaching) มีบทบาทหน้าที่ในการเรียนรู้ ร่วมกระบวนการจัดการเรียนรู้ และให้คำปรึกษาแก่ทีมนำ และนักวิชาการที่จัดขึ้นตามความต้องการของทีมนำ (AI demand) ซึ่งต้องมีความเข้าใจกระบวนการเรียนรู้เชิงบริบท ซึ่งนักวิชาการเหล่านี้เป็นเครือข่ายร่วมของศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ หรือเป็นอาจารย์ภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

การออกแบบการเรียนรู้ภายใต้บริบทเป็นฐานของศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เป็นการร่วมออกแบบการเรียนรู้ระหว่างศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้กับทีมนำ โดยมีผู้นำของทีมนำร่วมเป็นกลไกสำคัญในการจัดการเรียนรู้แต่ละกิจกรรม โดยการกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มี

ความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ได้ เรียนรู้ตามประเด็นเพื่อเติมเต็มสมรรถนะให้กับทีมเรียนรู้ ภายใต้การออกแบบการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการพัฒนาตนเองและทีมงานเพื่อขับเคลื่อนระบบการทำงานและระบบสุขภาพซึ่งทีมเรียนรู้ได้กำหนดโจทย์ประเด็นหรือปัญหาที่จะนำมาเรียนรู้ เพื่อพัฒนามุมมอง ปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการทำงานของทีมเรียนรู้ โดยมีโจทย์ปัญหาเป็นกระบวนการที่นำไปสู่เป้าหมาย การออกแบบกระบวนการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังนี้ (สิริณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2559)

1. กระบวนการเรียนรู้หลัก (core module) เป็นการจัดการเรียนรู้หลัก กำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ครั้ง มีช่วงระยะเวลา 2 วัน กิจกรรมการเรียนรู้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเรียนรู้เกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนออกแบบ และ 3) การถอดบทเรียนและการประเมินผล โดยรูปแบบของกระบวนการเรียนรู้หลัก เป็นการเรียนรู้จากการศึกษาดูงานและถอดบทเรียน โดยเฉพาะการศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบ best practice ซึ่งพบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเป็นการเปิดมุมมองให้กับทีมเรียนรู้ ดังที่ทีมเรียนรู้ท่านหนึ่งกล่าวหลังจากการไปเรียนรู้ความเข้มแข็งของชุมชนจากปราชญ์ชาวบ้านของอำเภอหนองสองห้อง ว่า

“ฟังวิชาการไม่ได้เปลี่ยนแปลง สิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ การฟังชาวบ้าน”

2. กระบวนการเรียนรู้เสริม (extra module) มีการจัดกระบวนการเรียนรู้เสริมในพื้นที่ระดับอำเภอและระดับตำบล ตามสภาพปัญหาและความต้องการของทีมเรียนรู้ ซึ่งพบว่าเป็นการหนุนเสริมให้พื้นที่มองเห็นศักยภาพของตนเอง และเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาของทีมงานเรียนรู้ รวมทั้งทำให้ลดช่องว่างระหว่างศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ หรือนักวิชาการ กับทีมเรียนรู้

3. กระบวนการเรียนรู้ของทีมเรียนรู้ พบว่าในระหว่างการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ทีมเรียนรู้ส่วนใหญ่มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ภายในทีมของตนเองหลังการจัดกระบวนการเรียนรู้หลัก

เพื่อขับเคลื่อนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ดังที่ทีมเรียนรู้กล่าวหลังจากการไปเรียนรู้เรื่องการปลูกผักปลอดสารของอำเภอชำสูง และการไปเรียนรู้ที่อำเภอด่านซ้าย ว่า

“ทีมเรียนรู้ (LT) เป็นผู้กำหนด มีการขยายผลจากการศึกษาดูงาน เช่น ปลูกปลอดสาร ถอดแนวคิดเอาไปใช้”

“หลังการไปดูงานที่อำเภอด่านซ้าย ทีมเรียนรู้อำเภอชุมแพ ได้พาทีมงานซึ่งประกอบด้วย อบต. รพ.สต. รพ. และชุมชน ไปศึกษาดูงาน และจัดทำแผนพัฒนาระบบสุขภาพอำเภออีก”

การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน จึงเป็นทั้งเครื่องมือและกระบวนการเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งเป็นกลยุทธ์การพัฒนาบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง โดยมีแหล่งเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกอำเภอเป็นต้นทุนหรือทรัพยากรที่มีความจำเพาะตามบริบทของแต่ละอำเภอ ในขณะที่ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้เป็นระบบกลไกที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนกระบวนการเรียนรู้ของทีมเรียนรู้ที่นำไปสู่การวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนรู้สู่การประยุกต์บทเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ที่ให้ความสำคัญกับการรับฟังเรื่องราวต่างๆ จึงทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกลุ่ม ทำให้เกิดการเคารพ ยอมรับ และไว้วางใจซึ่งกันและกัน และโดยเฉพาะการรับฟังผู้อื่น เป็นกัลยาณมิตร ไม่ตัดสินผู้อื่นที่เป็นหลักสำคัญของการสื่อสารแบบสุนทรียสนทนา นำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (transformative learning) พัฒนาสมรรถนะในระดับบุคคล ทีมเรียนรู้ และองค์กร และนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

การพัฒนาสมรรถนะทีมเรียนรู้

การออกแบบและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเรียนรู้การพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพพื้นที่หรืออำเภอ อยู่ภายใต้สมรรถนะที่คาดหวัง (expected competencies) ต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองของ

ทีมเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงองค์กร และการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งสมรรถนะที่คาดหวังต่อการบริการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วยสมรรถนะหลัก (core competencies) ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่มุ่งหวังจะให้เกิดขึ้นสำหรับทีมเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพ และสมรรถนะเงา (shadow competencies) ที่เกิดขึ้นตามมาของทีมเรียนรู้ ซึ่งสมรรถนะที่คาดหวังมีรายละเอียดดังนี้ (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2557)

1. สมรรถนะหลัก เป็นสมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มีทั้งสิ้น 6 ด้าน ดังนี้

1.1 การควบคุมตัวเอง (individual control) หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง และควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดหรือภาวะที่เกิดความกดดันทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีพฤติกรรมการตอบโต้ที่สงบ สร้างสรรค์ แม้จะถูกข่มขู่ สามารถแก้ไขสถานการณ์โดยไม่เกิดความรู้สึกทางอารมณ์ รวมถึงการควบคุมตนเองที่มีผลให้ผู้อื่นสามารถสงบลงได้ เป็นต้น

1.2 การมีวิสัยทัศน์ (vision) หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพอำเภอและระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม เช่น แนวคิดใกล้บ้านใกล้ใจ แนวคิด UCARE โดยสามารถเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการในทางปฏิบัติ เพื่อการวางยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับคุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ดังกล่าว

1.3 การวางแผน (planning) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการตามวงจรของการวางแผน (planning cycle) ได้อย่างครบวงจร ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การให้การสนับสนุน การดำเนินการเพื่อการแก้ไขปัญหา การควบคุมกำกับ การติดตามผล และการประเมินผล

1.4 การนำการเปลี่ยนแปลง (change agent) หมายถึง การกระตุ้นหรือผลักดันการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คุณลักษณะของระบบสุขภาพอำเภอเข้าใกล้คุณลักษณะของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ บนพื้นฐานของการรับรู้ การเรียนรู้ และการทำความเข้าใจองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (resistance to change) เช่น ความเคยชิน (habitude) ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลง (fear of uncertainty) ทำให้สามารถโน้มน้าว สร้างขวัญและกำลังใจในการทำให้การเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่นในที่สุด

1.5 การทำงานเป็นทีม (teamwork) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมของทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Team: DHMT) บนพื้นฐานของความถนัดและการมีสมรรถนะที่แตกต่างกันของสมาชิกภายในทีม ตามการดำเนินการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน บนพื้นฐานของการสร้างความร่วมมือกับทีมงานและผู้ปฏิบัติที่หลากหลายภายในระบบสุขภาพอำเภอ

1.6 การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ (utility tools) หมายถึง การให้ความสำคัญกับ “เครื่องมือการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS Management Tools)” เพื่อส่งเสริมพลังของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อส่งเสริมความมุ่งมั่น การปรับตัว การซ่อมแซม การเชื่อมต่อ การสร้างเสริม การสร้างใหม่ และการสร้างความสมดุลในความหลากหลายให้เกิดขึ้นอย่างเต็มศักยภาพภายในระบบสุขภาพอำเภอ

2. สมรรถนะเงา หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (intangible software) ของระบบสุขภาพอำเภอ มีทั้งสิ้น 4 ด้าน ดังนี้

2.1 คุณค่า หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และไม่ปฏิเสธการรับรู้ความเชื่อที่นำไปสู่การให้

ความสำคัญและการเห็นถึงคุณค่าหรือค่านิยม ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันของสมาชิกและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เช่น การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับการไม่ทอดทิ้งกัน ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ความโปร่งใส และตรวจสอบได้ เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็นคุณค่าร่วม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้มีคุณลักษณะตามคุณค่าดังกล่าวร่วมกัน

2.2 ความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการมีส่วนร่วม การได้รับความร่วมมือ ทั้งนี้ การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นฐานร่วม ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการแก้ไขปัญหาพร้อมไปกับการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหาหรือขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงสังคม

2.3 การสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการรับฟัง รับข้อมูล พุดส่งข้อมูล พุดคุย ติดต่อสื่อสาร ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการกับสมาชิกที่มีบทบาทที่แตกต่างกันในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อลดการรับรู้หรือการมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน หรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้รวมถึงความสามารถในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงานหรือเจรจากับผู้เกี่ยวข้องในกรณีที่การแก้ไขปัญหาหรือการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมีองค์ประกอบของความยากเชิงวิชาการ ที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

2.4 อำนาจ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ ทั้งอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือสายบังคับบัญชา (authority) และพลังอำนาจ (power) ที่มีของตนเอง และองค์ประกอบต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีส่วน

ช่วยเสริมหรือเพิ่มพลังขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมกับตระหนักถึงผลกระทบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของอำนาจต่างๆ เหล่านี้ บนพื้นฐานของการทำให้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยให้มีการดำเนินการไปด้วยกัน หรือมีการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน

ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง

ภายในระยะเวลา 2 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ของการดำเนินการเรียนรู้ เสริมสมรรถนะด้านบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้บริบทเป็นฐาน พบว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ ดังนี้

1. ทีมเรียนรู้มีสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพิ่มขึ้น

ทีมเรียนรู้ได้สะท้อนความคิดเห็นว่ากิจกรรมการเรียนรู้โดยการศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบ การถอดบทเรียนด้วยกิจกรรม Body paint กิจกรรมสายธารชีวิต (Time Line) สนทริยสนทนา และการสะท้อนคิด ทำให้เกิดการสร้างแรงบันดาลใจ เนื่องจากกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผ่านการไตร่ตรอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทีมเรียนรู้ และบรรยากาศการเรียนรู้มีส่วนช่วยทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ที่ทำให้ทีมเรียนรู้เกิดการเปิดใจ ทบทวนตนเอง และสะท้อนคิด ทำให้มีการฟังกันมากขึ้นจากบรรยากาศการทำงานเป็นทีม และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทีมเรียนรู้ และการนำความรู้ไปใช้ในการทำงาน ดังที่ทีมเรียนรู้ท่านหนึ่งในอำเภอหนองสองห้องได้สะท้อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของตนเอง ว่า

“เริ่มจากดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลับไปคุยกันใหม่ หลังได้ไปเห็นพื้นที่อื่นมีเยาวชนมาทำงาน มีภาคประชาชน มา ทำให้ฟังเสียงชาวบ้าน ทำให้เกิดแรงบันดาลใจ เรียนรู้ และตกผลึก หลังจากเห็นคนอื่นเก่ง เกิดแรงบันดาลใจ ชาวบ้านทำได้ กลับมาขับเคลื่อนงาน ทำสมัชชาสุขภาพ ในตำบล”

นอกจากนี้ ผลการประเมินสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในปีที่ 2 โดยการประเมินตนเองของทีมเรียนรู้ พบว่า ภาพรวมของสมรรถนะอยู่ในระดับดี โดยสมรรถนะหลัก

ที่มีการพัฒนามากที่สุดคือ ด้านการทำงานเป็นทีม และด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ส่วนสมรรถนะด้านอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 4.30 จากคะแนนเต็ม 5 ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของทีมเรียนรู้ ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น ในช่วงปี 2557-2559

สมรรถนะ	ก่อนเข้าร่วม ปี 2557	หลังเข้าร่วม ปี 2558	หลังเข้าร่วม ปี 2559
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)
สมรรถนะหลัก			
ด้านการควบคุมตนเอง	3.79 (.69)	4.29 (.59)	4.32 (.49)
ด้านวิสัยทัศน์	3.58 (.83)	4.28 (.85)	4.38 (.78)
ด้านการวางแผน	3.49 (.82)	4.30 (.92)	4.37 (.76)
ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง	3.64 (.68)	4.32 (.88)	4.40 (.64)
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.07 (.60)	4.35 (.70)	4.44 (.72)
การใช้เครื่องมือทางการจัดการ	3.66 (.80)	4.36 (.70)	4.38 (.45)
สมรรถนะเงา			
ด้านความสัมพันธ์	3.94 (.76)	4.24 (.86)	4.44 (.78)
ด้านการสื่อสาร	3.88 (.75)	4.38 (.85)	4.38 (.74)
ด้านคุณค่า	3.75 (.88)	4.35 (.83)	4.35 (.86)
ด้านอำนาจ	3.66 (.70)	4.36 (.70)	4.36 (.67)
โดยรวม	3.72 (.74)	4.30 (.74)	4.38 (.64)

2. เกิดการพัฒนากระบวนการสุขภาพอำเภอในพื้นที่เรียนรู้ที่สามารถเป็นต้นแบบการพัฒนาได้ ดังนี้

2.1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ จากอำเภอที่เข้าร่วมทั้งสิ้น 6 อำเภอ พบว่า ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใน 4 อำเภอ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ร้อยละ 100 โดยมีอำเภอที่มีการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 100 จำนวน 3 อำเภอ และมีอำเภอที่มีการดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพาระยะยาว ร้อยละ 100 จำนวน 2 อำเภอ ได้แก่

อำเภอชุมแพ และอำเภอซำสูง พบว่าทุกอำเภอมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 1 ตำบล ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอสุขภาพดี 80 ยังแจ้ว มีการสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ อำเภอชุมแพ โดยเกิดความร่วมมือในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชน ได้แก่ นายอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัคร ทำให้ในการทำงาน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เข้าร่วม 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ภายใต้โครงการจำนวนทั้งสิ้น 31 โครงการ

และมีการระดมทรัพยากรจากชุมชนในการดำเนินงาน ภายใต้งบประมาณ 1,081,317 บาท ในปี 2558 และเพิ่มขึ้น เป็น 69 โครงการ ซึ่งมีการระดมทรัพยากรจากชุมชน ในการดำเนินงาน ภายใต้งบประมาณ 2,732,451 บาท ในปี 2559 ซึ่งจำนวนโครงการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 122.58 และงบประมาณเพิ่มขึ้น ร้อยละ 152.70 และเป็นพื้นที่ ดันแบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับจังหวัด

2.2 การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้งบประมาณของชุมชน พบว่ามี 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอพล และอำเภอหนองสองห้อง ที่ขับเคลื่อนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน พื้นที่ โดยการพัฒนาศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายใน ระดับตำบล เพื่อประสานงานระดับอำเภอและชุมชน จัดหา วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ยาในกลุ่ม opioid (เป็นยาที่มี โครงสร้างและคุณสมบัติคล้ายคลึงกับมอร์ฟีน) ให้บริการ จัดทีมพี่เลี้ยง และดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน พัฒนาญาติผู้ป่วย จิตอาสา และเครือข่ายใน ชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระบบการให้คำปรึกษา การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ และสร้างการมีส่วนร่วมของ ชุมชน โดยสามารถระดมทุนในชุมชน งบประมาณจาก กองทุนสุขภาพตำบล ซึ่งทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบองค์รวมในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน มีผลทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถเข้าถึงบริการการดูแลได้ร้อยละ 100 และได้รับการ ดูแลที่บ้านมากกว่าร้อยละ 97 มีการเสียชีวิตที่บ้าน มากกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บปวดสามารถ เข้าถึงยาในกลุ่ม opioid ร้อยละ 100 จนกระทั่งทำให้ สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ยการนอนโรงพยาบาล ครอบครัวย และผู้ดูแลมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 99 ทำให้อาเภอ พลและอำเภอหนองสองห้องได้รับรางวัลในระดับประเทศ และเป็นพื้นที่ดันแบบการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของเขตบริการสุขภาพ

3. เกิดการบูรณาการบริการเพื่อตอบสนองระบบ สุขภาพสู่พันธกิจหลักของสถานศึกษา พื้นที่เรียนรู้คุณภาพ (learning source) นอกจากจะเป็นแหล่งเรียนรู้ของ

ทีมเรียนรู้เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาระบบสุขภาพ แล้ว ยังเป็นพื้นที่เรียนรู้สำคัญของการพัฒนานักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ซึ่งทำให้เกิดการบูรณาการกับพันธกิจสำคัญของ วิทยาลัยพยาบาลฯ โดยเฉพาะการเรียนการสอน และการวิจัย ดังนี้

3.1 การบูรณาการกับการเรียนการสอนเพื่อ พัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ระบบบริการ สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งแนวคิดและ กระบวนการ ในขณะที่หลักสูตรการเรียนการสอนจะต้อง ดำเนินการจนครบวงจรของหลักสูตร ซึ่งมีระยะเวลา ยาวนานประมาณ 5 ปี การบูรณาการการจัดการเรียนรู้ โดยการออกแบบจัดการเรียนรู้เสริมหลักสูตรในส่วนเนื้อหา ให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ โดยใช้ พื้นที่เรียนรู้คุณภาพของทีมงานเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติ การเรียนการสอนของนักศึกษา ภายใต้งบประมาณ การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ สำหรับนักศึกษา พยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 พบว่าทำให้ผู้เรียน ได้เรียนรู้ มีความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดและหลักการ เกี่ยวกับระบบสุขภาพอำเภอ และนักศึกษามีทัศนคติที่ดี ต่อการปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้นักศึกษามีความพึงพอใจ ต่อการจัดการเรียนการสอน ร้อยละ 92 ซึ่งนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 ได้สะท้อนการเรียนรู้ ว่า

“ได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีมของรพ.สต. ได้เห็น รอยยิ้มของคนในชุมชน ของผู้ป่วยที่มีทีมสหวิชาชีพจาก รพ.สต. ลงไปเยี่ยมที่บ้าน”

“การได้ลงมือปฏิบัติจริง ได้เห็นมุมมองของชีวิต เข้าใจการใช้ชีวิตมากขึ้น”

นอกจากนี้ พบว่านักศึกษา ร้อยละ 89 สะท้อนว่า ตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการทำงานในชุมชน และอยากให้บริการชุมชน ดังที่นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ได้กล่าวว่า

“รู้สึกดีใจและภูมิใจในตัวเองที่สามารถช่วยคน ๆ หนึ่ง จากที่นอนติดเตียง ใช้ชีวิตในวันหนึ่งที่ไม่ค่อยได้พูด กับใคร วันนี้ก็ได้เดิน และชวนพูดคุยเพื่อถามถึงสาเหตุ ของการเจ็บป่วยในครั้งนี้”

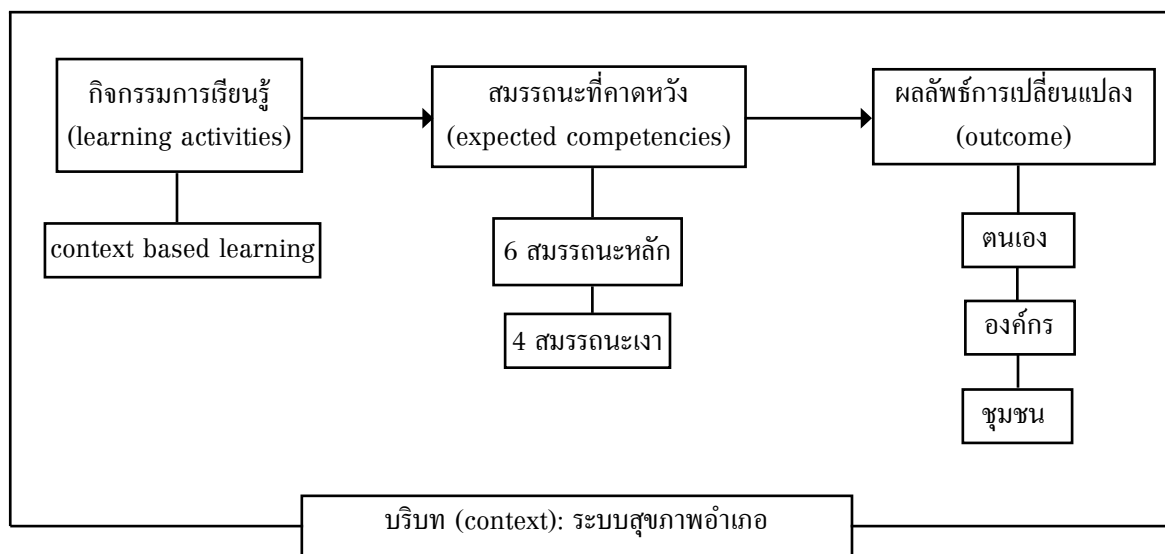
“เป็นการเรียนรู้บทบาทพยาบาลชุมชน อยากกลับไปเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี รวมถึงการดูแลตนเองและครอบครัวได้ดีมากยิ่งขึ้น”

3.2 การบูรณาการความร่วมมือเพื่อผลิตผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ จากการดำเนินงานโครงการ พบว่าเกิดผลงานวิจัยที่เป็นความร่วมมือระหว่างวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กับทีมเรียนรู้ 6 อำเภอ ทำให้ได้รับการคัดเลือกผลงานเข้านำเสนอในการประชุมวิชาการ DHML ระดับประเทศ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 24-25 สิงหาคม 2559 จำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง และได้รับรางวัลดีเด่นอันดับ 4 จาก 5 อันดับ สามารถทำให้เกิดผลงานวิชาการทั้งบทความวิชาการและหนังสือเพื่อเผยแพร่ภายใต้ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น จำนวน 5 เรื่อง

จากการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้บริบทเป็นฐาน มีส่วนช่วยเพิ่ม “คุณค่า”

ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน กับผู้ให้บริการ โดยระบบบริการคุณค่าดังกล่าวอาจแบ่งตามเป้าหมายเชิงหลักการ (guiding principles) ได้เป็น 5 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) เข้าถึงบริการ: accessibility 2) บริการอย่างต่อเนื่อง: continuity 3) บริการเบ็ดเสร็จ ผสมผสาน และเป็นองค์รวม: comprehensiveness (องค์รวม: holistic และผสมผสาน: integrated) 4) ประสานงาน: coordination และ 5) ชุมชนมีส่วนร่วม: community participation การจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานเป็นอีกกลไกหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มคุณค่าของบริการปฐมนุรักษ์ให้มีคุณลักษณะตามเป้าหมายเชิงหลักการดังกล่าว (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2552; 2555)

ความสัมพันธ์ของการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ภายใต้บริบทเป็นฐาน สมรรถนะที่คาดหวัง และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาสามารถสรุปเป็นแผนภาพความสัมพันธ์ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน สมรรถนะที่คาดหวัง และผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง

กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ใช้พื้นที่แหล่งเรียนรู้ระบบสุขภาพอำเภอที่มีคุณภาพเป็นฐาน เป็นการเรียนรู้ภายใต้บริบทของชุมชน ผ่านการทำงานเป็นทีมและการสะท้อนคิดจากการสัมผัสกับตัวแบบและความเป็นจริงในชุมชน ทำให้ทีมเรียนรู้เกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการบริหารจัดการ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพ และเป็นพื้นที่แหล่งเรียนรู้ในประเด็นต่างๆ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้จากห้องเรียนในสถาบันการศึกษา ผู้การเรียนรู้จากโลกของห้องเรียนคุณภาพในสถานบริการสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงที่สามารถพัฒนาสมรรถนะทีมเรียนรู้ ทั้งบุคลากรและนักศึกษาสุขภาพในทศวรรษที่ 21 ที่สามารถเป็นบทเรียนการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการสุขภาพ และสร้างแรงบันดาลใจให้กับทีมเรียนรู้ในการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 910/2557 เรื่อง แต่งตั้งศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ สถาบันที่สนับสนุนการเรียนรู้ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ในการดำเนินงานโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. วันที่ 16 กรกฎาคม 2557.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2552). *กรอบแนวคิด หลักการ และแนวทางการจัดการเรียนโดยให้บริบทเป็นฐาน (Context based learning: CBL): ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการปฐมภูมิในบริบทของระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2555). *แนวทางการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบครัวของแพทย์โดยใช้โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิในชุมชนเป็นฐาน (Family practice learning: FPL)*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. (2557). *การจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ*. สมุทรสาคร: APPA Printing Group.
- ศิริณี ศรีหาคาก, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณะ. (2556). *ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย (รายงานผลการวิจัย)*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริณี ศรีหาคาก, และคณะ. (2559). *การเรียนรู้การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพ*. ขอนแก่น: เพ็ญพรินต์ติ้ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอฉบับประเทศไทย*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO Press.

การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

Promotion of Family Care for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ปส.ด. (การพยาบาล) *

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) *

แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นอีกกลวิธีหนึ่งที่พยาบาลควรนำมาใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด สามารถให้การส่งเสริมและดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ปฏิบัติตามเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ รวมถึงเป็นกำลังใจให้สามารถผ่านพ้นพันธกิจตามระยะต่างๆ ของการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย บทความนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวได้

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์: แนวทางการดูแลรักษา

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เกิดขึ้นในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่อง เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนที่รกสร้างมีผลต้านฤทธิ์อินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องสร้างอินซูลินมากขึ้น แต่เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณอินซูลินกับน้ำตาล ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยอุบัติการณ์โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบประมาณร้อยละ 1.4-14 ของสตรีตั้งครรภ์ (American Diabetes Association: ADA, 2005) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์ร้อยละ 1-14 (จิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข, 2007) ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกตายคลอดไม่ทราบสาเหตุ คลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 4,000 กรัมขึ้นไป คลอดทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด ญาติสายตรงลำดับแรกเป็นโรคเบาหวาน มีดัชนีมวลกายสูงในช่วงก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ มีประวัติความทนต่อน้ำตาลบกพร่องหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ มีภาวะความดันโลหิตสูง มีภาวะน้ำหนักมากกว่าปกติ (เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี, 2557; Simmons, 2011) หากพบสตรีตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น แพทย์จะทำการคัดกรองด้วย 50-gram glucose challenge test (50 g GCT) หากระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่า 140 mg/dl แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ ให้ทดสอบด้วยการคัดกรองด้วย 100-gram oral glucose tolerance test (100 g OGTT) โดยทำการเจาะเลือดจากหลอดเลือดดำ สังเกตระดับน้ำตาล ณ ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 โดยค่าปกติคือ 180, 155 และ 140 mg/dl หากผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (เพิ่มศักดิ์ สุเมขศรี, 2557)

กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลต่อสตรีตั้งครรภ์ที่สำคัญคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่มักพบในระยะครึ่งแรกของการตั้งครรภ์จากการแพ้ท้อง (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2555) ส่วนภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่าเกิดเพิ่มขึ้น 4 เท่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี (Schneider, Freerksen, Röhrig, Hoeft, & Maul,

* อาจารย์ สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2012) นอกจากนี้ยังพบภาวะการคลอดยาก การบาดเจ็บของช่องทางการคลอด และการคลอดติดไหล่ ซึ่งเกิดจากการควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี ทำให้ทารกในครรภ์มีขนาดใหญ่ (Bodnar, Siega-Riz, Simhan, Himes, & Abrams, 2010) และส่งผลให้เกิดการตกเลือดในระยะหลังคลอดตามมา (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2010) ทั้งนี้ เมื่อเวลาผ่านไป 5-10 ปี สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจได้ (Tam et al., 2012) ส่วนผลต่อทารกนั้น ที่สำคัญคือภาวะทารกตายคลอด ซึ่งเกิดจากการเสื่อมของรก ส่วนภาวะอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ความผิดปกติแต่กำเนิด ทารกมีขนาดตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) โดยทารกจะมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม (Mitanechez, Burguet, & Simeoni, 2014)

เป้าหมายของการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอและให้ใกล้เคียงกับค่าปกติมากที่สุด แนวทางการดูแลรักษาควรเน้นเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จากการศึกษางานวิจัยหลายเรื่องพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (Carolan-Olah, 2016) และมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าการที่สตรีตั้งครรภ์จะสามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยดูแลและเป็นที่กำลังใจ (Garnweidner, Sverre, & Mosdøl, 2013) ตามปกติแล้ว ครอบครัวต้องการที่จะดูแลสุขภาพของสมาชิกตนเอง เพียงแต่ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือหรือยืนยันว่าการดูแลสุขภาพที่ครอบครัวปฏิบัตินั้นถูกต้อง ซึ่งพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเน้นการดูแลที่นำความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวมาใช้ในการวางแผน การให้การดูแล และการประเมินผลการดูแลสุขภาพ

แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวในการบริการสุขภาพแก่สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยแนวคิดนี้เริ่มจากการดูแลเด็กที่เจ็บป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นศูนย์กลางชีวิตของเด็ก จึงสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมหรือเป็นหุ้นส่วนในการดูแลเด็ก (รัชนี นามจันทร์, 2552) ในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้มีการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าครอบครัวมีความสำคัญและมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันได้ เช่น การจัดเตรียมอาหาร การจัดหาเครื่องนุ่งห่ม การดูแลเรื่องสุขภาพกายและจิต เช่น การฟื้นฟูสภาพ การดูแลเรื่องยา การพาไปพบแพทย์ (กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2558) ซึ่งการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นวิธีการที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสมาชิกของตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย โดยครอบครัวมีบทบาทตั้งแต่การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน การดูแลในยามเจ็บป่วย และการจัดการให้สมาชิกดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีดังนี้ (วิภา จีระแพทย์, 2557)

1. การให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) บุคลากรทางสุขภาพต้องรับฟังและเคารพความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว โดยความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว จะรวมอยู่ในการวางแผนและการให้การดูแล

2. การแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) บุคลากรทางสุขภาพต้องมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเปิดเผย จริงใจ ไม่ลำเอียง

3. การเป็นหุ้นส่วนและการประสานงาน (participation and collaboration) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและการตัดสินใจในวิถีทางที่ตนเองเลือก และใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เป็นประโยชน์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและเพิ่มสมรรถนะการดูแลสุขภาพของครอบครัว

4. การเจรจาต่อรองการออกแบบการมีส่วนร่วมในการดูแล (negotiation) มีการให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผลลัพธ์ของการดูแล การวางแผนการดูแล จะมีความยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว จะเห็นว่าการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางนั้น สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับครอบครัว และผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป จากผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมาเป็นการทำงานร่วมกัน โดยพยาบาลจะต้องรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว ยอมรับและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน มีการทำงานร่วมกันตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การกำหนดปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนให้การดูแล และการประเมินผลการดูแล โดยแต่ละฝ่ายต่างได้รับประโยชน์จากการทำงานร่วมกัน ทั้งนี้ พยาบาลควรมีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น

บทบาทของพยาบาลต่อการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัว เป้าหมายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานให้เหมาะสม จะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยพยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนี้

1. การประเมินความต้องการและปัญหา พยาบาลควรทำความเข้าใจกับครอบครัวถึงความสำคัญของครอบครัวในการช่วยดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน พร้อมทั้งร่วมกับครอบครัวในการกำหนดแนวทางการประเมินความต้องการและปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง คำนึงถึง ความเชื่อ วัฒนธรรม และปัจจัยอื่นๆ โดยประเมินการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวที่มีต่อสุขภาพของตนเองในขณะนี้ ประเมินจุดแข็ง/ความเข้มแข็ง วิเคราะห์ปัญหา และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของครอบครัว

หลักของการประเมินความต้องการและปัญหานั้น พยาบาลควรใช้หลักของการให้เกียรติและการเคารพ (dignity and respect) มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว ด้วยการสร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สีนัยท่าทางเป็นกันเอง เป็นผู้ฟังที่ดี เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกิดความรู้สึกสบายใจ พร้อมทั้งจะระบายความรู้สึก ควรมีการเสริมสร้างพลังทางบวก เช่น การกล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

ข้อมูลที่พยาบาลควรประเมินสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พยาบาลควรประเมินความเสี่ยงด้วยการประเมินประวัติทางสุติกรรมในอดีต ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย และค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ ควรประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มเติมในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เช่น การมีน้ำตาลในปัสสาวะ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์ ลักษณะการเลือกรับประทานอาหารขณะตั้งครรภ์ เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวต่อไป

2. การซักประวัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเชื่อหรือวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว และการออกกำลังกาย ซึ่งพยาบาลควรซักประวัติเกี่ยวกับอาหารที่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวรับประทาน ได้แก่ 1) ชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน 2) ความถี่ของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด เช่น 5 ครั้งต่อสัปดาห์หรือต่อเดือน หรือไม่เคยรับประทานเลย 3) ชนิดและปริมาณอาหารที่ชอบรับประทาน 4) ความเชื่อเรื่องการบริโภคอาหารในขณะตั้งครรภ์ เช่น ควรรับประทานข้าวกับปลาแห้งเท่านั้น เพราะหากบำรุงดีเกินไป ทารกจะตัวใหญ่และคลอดยาก นอกจากนี้ควรซักประวัติเกี่ยวกับลักษณะการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายในแต่ละวัน และระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย (Shuaibi, Sevenhuysen, & House, 2008)

วิธีการประเมินอาจได้จากการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม โดยอาจให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวช่วยจดบันทึกการรับประทานอาหารในระยะ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24-hour Recall or Record) ซึ่งการทราบข้อมูลพฤติกรรมรับประทานอาหาร จะทำให้พยาบาลสามารถประเมินได้ว่าสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารในปริมาณมากเพียงใด มากเกินความต้องการของร่างกายหรือไม่ อาหารที่รับประทาน

มีผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์หรือไม่

3. การตรวจร่างกายทางคลินิก โดยเฉพาะน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และความสูง เพื่อนำมาคำนวณพลังงานที่ควรได้รับ ซึ่งพยาบาลต้องคำนวณจากน้ำหนักมาตรฐาน (ideal body weight) โดยใช้สูตรดังนี้ (นิตยา สิ้นสุกใส, 2557)

$$\text{น้ำหนักมาตรฐาน} = (\text{ความสูง} - 100) - 10\% \text{ ของ } (\text{ความสูง} - 100)$$

ตัวอย่าง สตรีตั้งครรภ์สูง 160 ซม. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 80 กิโลกรัม ดังนั้น ควรมีน้ำหนักมาตรฐานเท่ากับ $(160 - 100) - 10\% \text{ ของ } (160 - 100) = 54$ กิโลกรัม กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ควรมีน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 54 กิโลกรัม

จากนั้น พยาบาลควรดูว่าน้ำหนักจริง ๆ ของสตรีตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยใช้สูตรดังนี้

$$\text{น้ำหนัก (กก.)} / \text{ความสูง (เมตร)}^2$$

จากนั้น นำค่าดัชนีมวลกายมากำหนดความต้องการพลังงาน/กก. โดยจำแนกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความต้องการพลังงานต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ของสตรีตั้งครรภ์ จำแนกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย

กลุ่มดัชนีมวลกาย	ความต้องการพลังงาน/กก.
BMI < 19.80 กก./ม. ²	35 กิโลแคลอรี
BMI 19.80 - 29.90 กก./ม. ²	30 กิโลแคลอรี
BMI ≥ 30 กก./ม. ²	25 กิโลแคลอรี

จากตัวอย่างข้างต้น สตรีตั้งครรภ์สูง 160 ซม. น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ 80 กิโลกรัม หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ $80/(1.6)^2 = 31.25$ กก./ม.² ดังนั้น พลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันคือ 25 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักมาตรฐาน 1 กิโลกรัม กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์รายนี้ควรได้รับพลังงานวันละ $54 \times 25 = 1,300$ กิโลแคลอรี ทั้งนี้ การวางแผนเรื่องการควบคุมอาหารของสตรีตั้งครรภ์แต่ละรายต้องขึ้นอยู่กับปริมาณแคลอรีทั้งหมดที่ได้รับกับน้ำหนักตัว

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาบาลต้องมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ หรือผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และแจ้งให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบ เพื่อเป็นการประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ จะนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัวต่อไป

2. การวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกับครอบครัว

การวางแผนการดูแล เป็นการเลือกกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายของการดูแล สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้โดยไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยเป้าหมายของการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานคือ การให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ทั้งนี้ พยาบาลควรใช้หลักของการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) โดยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจนเกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยมีการให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวอย่างเปิดเผยจริงใจ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ในการพูดคุยหรือกับครอบครัว ควรใช้เวลาแก่สตรีตั้งครรภ์

และครอบครัวในการซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์บางรายยังทำใจยอมรับการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ครั้งแรกไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และมีคำถามมากมาย พยาบาลจะต้องมีเทคนิคการให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนมากยิ่งขึ้น

การวางแผนการดูแลร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานและครอบครัว ควรใช้หลักการเป็นหุ้นส่วนและการประสานงาน (participation and collaboration) โดยพยาบาลควรส่งเสริม สนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติการดูแลตนเองในประเด็นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจครรภ์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การควบคุมอาหาร เป็นการดูแลที่สำคัญ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้มีการเผาผลาญที่ดี รักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค พยาบาลควรเน้นให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวทราบว่า การควบคุมอาหารมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสามารถที่จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี พยาบาลควรมีการกำหนดชนิดอาหารร่วมกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อที่จะได้เป็นไปตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจมีความต้องการแตกต่างกันทั้งด้านพลังงานและนิสัยการรับประทานอาหาร ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาหารนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ครอบครัวดูแลสตรีตั้งครรภ์ดังนี้

1.1 ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับพลังงานวันละ 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม โดยจะต้องควบคุมการรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะคีโตนกั่งในเลือด ครอบครัวควรจัดให้สตรีตั้งครรภ์มีการกระจายมื้ออาหารในแต่ละวัน โดยเป็นอาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และอาหารว่างอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน ทั้งนี้ อาจมีมื่อก่อนนอนด้วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงกลางคืน และที่สำคัญต้องรับประทานอาหารให้เป็นเวลา

เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงที่ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551)

1.2 ครอบครัวยังควรจัดให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และควรงดรับประทานอาหารบางประเภท ดังนี้ (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551; สมบูรณ์ บุญเกียรติ, 2557)

1.2.1 ควรจัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง วันละ 200-250 กรัม โดยให้เลือกรับประทานอาหารที่เป็นธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ขนมหั้วธัญพืช

1.2.2 ควรจัดอาหารประเภทโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา หมูเนื้อแดง ไก่ชนิดไม่ติดหนัง เนื้อวัวไม่ติดมัน และควรจัดให้รับประทานโปรตีนจากพืช เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วลิสง งา ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนที่มีเส้นใยอาหาร จะช่วยการทำงานของระบบขับถ่าย ป้องกันไม่ให้ท้องผูก

1.2.3 ควรให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่มีไขมันมาก เช่น ขาหมู หมูสามชั้น หนั๋งไก่ มันทอด แกงกะทิ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของไขมัน ควรเน้นการดื่มนมสดชนิดจืดพร่องมันเนย หรือขาดมันเนย หรือดื่มนมถั่วเหลืองแทนเพื่อหลีกเลี่ยงไขมันในนม และควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย แทนการใช้ไขมันหมู เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแข็ง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

1.2.4 ควรให้เลือกรับประทานผลไม้ที่มีเส้นใยและมีรสหวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ พุทรา แอปเปิ้ล เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ใส่น้ำตาลทุกชนิด เช่น น้ำหวานต่างๆ น้ำผลไม้ผสมน้ำตาล น้ำอัดลม ไอศกรีม นมข้นหวาน รวมทั้งอาหาร

ที่มีน้ำตาลมาก เช่น แยม เยลลี่ ช็อกโกแลต ลูกกวาด ผลไม้แช่อิ่ม ขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น พุเรียน ขนุน น้อยหน่า ละมุด ลำไย ฝรั่ง เพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะทำให้เกิดอาการของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้นได้ หากต้องการได้ความหวาน สามารถใช้น้ำตาลเทียม เช่น แอสปาเทม ซูคราโลส แทนน้ำตาลได้

1.2.5 ให้งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ เพราะแอลกอฮอล์และสารนิโคตินจะทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และทำให้ทารกพิการได้

กลวิธีที่พยาบาลสามารถจัดให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวมีทางเลือกในการตัดสินใจเลือกวิธีการควบคุมอาหาร มีดังนี้

1. จัดทำตัวอย่างเมนูอาหารหรือรายการอาหารแลกเปลี่ยนแก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อเป็นทางเลือกในการจัดสรรอาหารในแต่ละมื้อ โดยพยาบาลอาจประสานงานกับฝ่ายโภชนาการให้จัดทำอาหารจริงมาให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวดูเป็นตัวอย่าง หรือมีตัวอย่างเมนูอาหารที่มีการกำหนดพลังงานต่างกัน เช่น 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน เพื่อให้ดูลักษณะและประเภทของอาหาร (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551) และมีการจัดทำคู่มืออาหารพร้อมรายการอาหารที่แสดงจำนวนแคลอรี หรือสอนครอบครัวให้ใช้ smart phone ในการดาวน์โหลด application เกี่ยวกับแคลอรีอาหารมาใช้ดู เป็นต้น ตัวอย่างรายการอาหารที่แนะนำ (ให้พลังงาน 1,500-1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน) (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี เนียมสกุล, 2551) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างรายการอาหารที่แนะนำ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน
(ให้พลังงาน 1,500-1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน)

ช่วงเวลา	รายการอาหาร
อาหารเช้า	ข้าวสวย 2 ทัพพี / แ่งจืดปวยเล้งหมูสับ
อาหารว่างเช้า	นมจืด 1 ถ้วย / มะละกอสุก 6 ชิ้น ขนาดพอดีคำ
อาหารกลางวัน	เส้นหมี่น้ำลูกชิ้นปลา / ชมพู 4 ผลใหญ่
อาหารว่างบ่าย	นมจืด 1 ถ้วย / ส้มเขียวหวาน 2 ผลกลาง
อาหารเย็น	ข้าวสวย 2 ทัพพี / ผักกะเพราปลา

2. จัดทำตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน อาจทำเป็นแผ่นพับหรือสมุดคู่มืออาหารให้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อนำกลับไปจัดอาหารรับประทานที่บ้านได้ ตัวอย่างอาหารแลกเปลี่ยน เช่น ข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้ง 1 ส่วน ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี ได้แก่ ข้าวสวย 1 ทัพพี / ข้าวเหนียว 1/2 ทัพพี / ข้าวต้ม 2 ทัพพี อาหารนม 1 ส่วน (240 มล.) ได้แก่ นมสดพร้อมดื่ม ให้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี / นมสดพรมันเนย 120 กิโลแคลอรี / นมขาดมันเนย 90 กิโลแคลอรี (มณีภรณ์ โสมานุสรณ์ และวรรณวดี นิยมสกุล, 2551)

3. ฝึกให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวบันทึก รายการอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อลงในตาราง และนำกลับไปบันทึกที่บ้านทุกวัน จนครบ 1 สัปดาห์ และพยาบาล จะต้องมีการประเมินอาหารที่สตรีตั้งครรภ์รับประทานใน 1 สัปดาห์ หรือฝึกให้ครอบครัวได้มีการคำนวณพลังงาน จากตัวอย่างอาหารในแผ่นพับและจากอาหารที่รับประทานจริง เพื่อประเมินว่าสตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการพลังงานหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาล สตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว ได้ร่วมกันปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ตรงตามความต้องการของร่างกาย (นุจิ ชื่นขงค์, 2550)

4. มีการจัดกิจกรรมการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร ดังนี้ (นุจิ ชื่นขงค์, 2550)

- จัดกลุ่มสตรีตั้งครรภ์โรคเบาหวาน ทั้งรายเก่าและรายใหม่ โดยเลือกสตรีตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ดีมาโดยตลอด มาเล่าประสบการณ์ให้ฟัง เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจ สตรีตั้งครรภ์รายใหม่ว่าสามารถดูแลตนเองได้

- ให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เป็นรายเดี่ยวหรือรายกลุ่ม และเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมฟัง โดยมีสื่อ เช่น หนังสือ แผ่นพับ ภาพพลิก อาหารจริง ประกอบการให้ความรู้ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้าใจได้ง่ายขึ้น และให้นำเอกสารไปทบทวนที่บ้าน เช่น แผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน ตัวอย่างอาหารคำนวณ

5. เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่าง พยาบาลกับสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว เช่น ไลน์ โทรศัพท์ หรือมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา หรือให้กำลังใจ ในการปฏิบัติตนของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัว

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะกระตุ้นระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยลดภาวะดื้อ อินซูลิน สตรีตั้งครรภ์ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีระดับ น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและภายหลังการรับประทาน อาหารลดลง พยาบาลควรแนะนำให้ครอบครัวมีการกระตุ้น สตรีตั้งครรภ์ให้ออกกำลังกาย หรือให้ครอบครัวออกกำลังกาย ร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ โดยการออกกำลังกายแบ่งระดับ

ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การออกกำลังกายระดับเบา เช่น เดินช้าๆ ทำการบริหารเพื่อยืดเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ โยคะ การออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน และการออกกำลังกายระดับหนัก เช่น วิ่งแข่ง เต้นแอโรบิก ทั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์และครอบครัว ควรตัดสินใจเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง โดยออกกำลังกายระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ และไม่ควรออกกำลังกายเมื่อรู้สึก ไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจ ไม่สะดวก ทารกในครรภ์ดิ้นมากหรือน้อยผิดปกติ (ปัญหาน้ำหนัก ลิมเรื่องรอง, นิตยา สันสุกใส, เอมพร รตินธร, และจิตูกันต์ บริบูรณ์พิริยสาร, 2011)

3. การมาตรวจครรภ์ตามนัด พยาบาลต้องเน้น ให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการพาสตรีตั้งครรภ์มา ตรวจตามนัด เพื่อประเมินอาการและให้การรักษาพยาบาล ได้อย่างเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ พร้อมทั้งแนะนำให้สังเกตภาวะแทรกซ้อน ที่อาจพบได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ปัสสาวะแสบขัด รวมทั้งแนะนำให้บันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ภายหลัง การรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยให้นั่งพักและนับการดิ้น ของทารกนาน 1 ชั่วโมง ถ้าได้ 3 ครั้งขึ้นไป แสดงว่าปกติ และใน 1 วัน ทารกในครรภ์ควรดิ้นมากกว่า 10 ครั้ง หากมี อาการผิดปกติ ควรมารับการตรวจทันที เพราะอาการต่างๆ เหล่านี้ อาจทำให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดีพอ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ง่าย

3. การประเมินผลการดูแล เป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการดูแล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติ การดูแล เพื่อตรวจสอบกิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้รับบริการ ว่าสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ ในส่วนการประเมินผลการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน พยาบาลควรมีการติดตามเป็นระยะว่าสตรีตั้งครรภ์สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ เพื่อให้เกิด การจัดการสุขภาพตามแผนที่ครอบครัวและสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกันวางแผนไว้ โดยประเมินจากการปฏิบัติตนและค่า ระดับน้ำตาลในเลือด กรณีที่สตรีตั้งครรภ์ยังไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พยาบาลควรใช้หลักการ

การเจรจาต่อรอง (negotiation) กับสตรีตั้งครรภ์และ ครอบครัวในการออกแบบการดูแลตนเอง มีการประเมิน วิธีการปฏิบัติตน หรือข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติ ตน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับเปลี่ยนกิจกรรม การดูแลที่ยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ และครอบครัว และติดตามผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยน กิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์นับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ครอบครัว เป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลและให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ ให้สามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปได้ พยาบาลจึงควรมีครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน โดยมีเป้าหมายของการดูแลเพื่อให้ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานดำเนินการตั้งครรภ์ได้ อย่างปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ พยาบาลยังควรมีการติดตามภาวะสุขภาพ ภายหลังการคลอด เพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ตามมาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2558). การสังเคราะห์งานวิจัย โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: มิตินาถดูแลผู้สูงอายุ. ใน เอกสารการประชุมวิชาการ วาระครบรอบ 72 ปี โรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย (คณะพยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เรื่อง ครอบครัว: หัวใจของสุขภาพและการดูแล. หน้า 87-88. วันที่ 26-27 มีนาคม 2558 ณ โรงแรมวันนา กรุงเทพฯ.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2555). การพยาบาลสตรีที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี ญาทรวง. (บ.ก.). การพยาบาล ผดุงครรภ์ เล่ม 3: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: ครองช้าง พรินท์ติ้ง.

- นิตยา สีนสุกใส. (2557). โรคเบาหวานในระยะปรีกำเนิด: บทบาทพยาบาล. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- นุจรี ชื่นยงค์. (2550). บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน. ใน *ชาญชัย วันทนาศิริ. (บ.ก.). เวชศาสตร์ปรีกำเนิด. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมพร รตินธร, และดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2011). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารเช้า ในสตรีที่เ็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *Journal of Nursing Science, 29(suppl. 2), 48-58.*
- เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี. (2557). การดูแลมารดาที่เ็นเบาหวาน. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- มณีนภรณ์ โสมานุสรณ์, และวรรณวดี เนียมสกุล. (2551). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรค่วมกับการตั้งครรภ์. ใน *ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ (บ.ก.). การพยาบาลสูติศาสตร์เล่ม 3 (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.*
- รัชณี นามจันทรา. (2552). บทบรรณาธิการรับเชิญ การดูแลที่เ็นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: รูปแบบการบริการสุขภาพที่ท้าทาย. *วารสารสภาการพยาบาล, 24(1), 5-10.*
- วิฑูรย์ ประเสริฐเจริญสุข. (2007). Medical complications in elderly gravida. *Srinagarind Medical Journal, 22(suppl.), 39-42.*
- วีณา จีระแพทย์. (2557). กลยุทธ์ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อคุณภาพการดูแลปรีกำเนิดอย่างยั่งยืน. ใน *เพิ่มศักดิ์ สุมชมศรี, นารศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา, และณัฐฉิณี ศรีสันติโรจน์. (บ.ก.). การดูแลปรีกำเนิดอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชัน.*
- สมบุรณ์ บุญเกียรติ. (2557). *การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 1. กรุงเทพฯ: สินธนา ก๊อปปี้เซ็นเตอร์.*
- American Diabetes Association. (2005). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care, 28(suppl. 1), s4-s36.*
- Bodnar, L. M., Siega-Riz, A. M., Simhan, H. N., Himes, K. P., & Abrams, B. (2010). Severe obesity, gestational weight gain, and adverse birth outcomes. *The American Journal of Clinical Nutrition, 91(6), 1642-1648.*
- Carolan-Olah, M. C. (2016). Educational and intervention programmes for gestational diabetes mellitus (GDM) management: An integrative review. *Collegian, 23(1), 103-114.*
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2010). *Williams obstetrics* (23rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Garnweidner, L. M., Sverre, P. K., & Mosdøl, A. (2013). Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. *Midwifery, 29(12), e130-e137.*

- Mitanez, D., Burguet, A., & Simeoni, U. (2014). Infants born to mothers with gestational diabetes mellitus: Mild neonatal effects, a long-term threat to global health. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 445-450.
- Schneider, S., Freerksen, N., Röhrig, S., Hoeft, B., & Maul, H. (2012). Gestational diabetes and preeclampsia--Similar risk factor profiles?. *Early Human Development*, 88(3), 179-184.
- Shuaibi, A. M., Sevenhuysen, G. P., & House, J. D. (2008). Validation of a food choice map with a 3-day food record and serum values to assess folate and vitamin B-12 intake in college-aged women. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(12), 2041-2050.
- Simmons, D. (2011). Diabetes and obesity in pregnancy. *Best Practice & Research, Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 25-36.
- Tam, W. H., et al. (2012). Cardiometabolic risk in Chinese women with prior gestational diabetes: A 15-year follow-up study. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 73(2), 168-176.
-

เรื่องเล่า..ชาว (นศ.) พยาบาล

ลลิตา ฉายาชวลิต *

Lalita Chayachawalit *

ดิฉันเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ค่ะ จะขออนุญาตเล่าประสบการณ์การฝึกออกชุมชนและฝึกชั้นตึกครั้งแรกตอนปี 2 ให้ฟังนะคะ จากเด็กปี 1 ที่เพิ่งจากอกอนาโตมี (anatomy) มา ก็ต้องมาชบอภพยาธิ (pathology) ต่อ มีความหวั่นไหวที่เกิดขึ้นในใจมากมายเลยคะ นี่เราต้องไปฉีดยาคนไข้แล้วเหอ นี่เราจะไปดูแลคนไข้แล้วจริงๆ เหอ ไหนจะเรื่องความรู้อีก ลืมไว้กับอาจารย์หมดแล้ว แต่ดิฉันได้ออกฝึกชุมชนก่อนคะ แบ่งเป็นผู้รับบริการวัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ เราไปเช้า กลับเย็น (ได้สบายก่อนเลย) ออกชุมชนก็ปั่นจักรยานตามบ้าน เก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพคะ เราเด็กใหม่ คำถามเราก็จะแปลกๆ ตามลิสต์ (list) คำถามที่อาจารย์ให้ไว้คะ พอเก็บข้อมูลได้แล้ว ก็มาเลือก case เอ๊ะ เราจะส่งเสริมสุขภาพใครคะ ปี 2 ก็จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพคะ แล้วค่อยแอดวานซ์ (advance) ไปเรื่อย ๆ ในปีต่อไป case ของดิฉันเป็นคุณป้าคะ ดิฉันส่งเสริมความรู้เรื่อง วิทยทอง ซึ่งก็ไม่ค่อยตรงกับความต้องการของเขาคะ แต่ก็โอเค อย่างน้อยก็ตรงกับปัญหาสุขภาพของ case อาจารย์นิเทศของกลุ่มดิฉันก็ชอบบ้าน case ของดิฉันคะ เพราะคุณตาบ้านนี้ ท่านมีความรู้เรื่องการสร้างบ้าน อาจารย์ก็ชอบมาคุยแลกเปลี่ยนกัน บางครั้งอาจารย์ก็เอาสมุนไพรมาให้คุณตา ทำให้พวกเราสนิทกับบ้าน case ค่ะ ตอนนี้อยู่ปี 3 บังเอิญเจอกันที่รพ. คุณป้าก็มาทัก ดีใจจริงๆ ค่ะ นึกว่าจะลืมกันแล้วแต่เรื่องราวดี ๆ ก็มีมากคะ ชุมชนที่ดิฉันไป ชาวบ้านน่ารักมากคะ วันแรกดิฉันได้ทานข้าวที่วัด เพราะมีงานศพ อาจารย์บอกว่าเราควรทำตัวกลมกลืนเข้ากับชาวบ้านคะ จะได้เข้าใจชาวบ้าน และสนิทกับชาวบ้าน พอทานเสร็จ

ก็จะไปล้างจานกัน ก็มีชาวบ้านคนหนึ่งบอกว่า “หมอๆ วางจานไว้เลย เดี่ยวพวกฉันล้างเอง” ดิฉันก็วางไม่ได้คะ รู้เลยว่าอาจารย์ไม่ยอมให้ทำแบบนั้น ก็เลยไม่กล้าวาง แล้วบอกป้าว่า “ไม่เป็นไรคะ พวกหนูล้างได้” แต่ป้าไม่ยอมคะ มาขวางทางไว้ ไม่ให้เดินไปล้าง จะให้วางจานไว้ตรงนั้นยื้อ ๆ กันชั่วคราว ก็จบที่ป้าแพ้คะ โดยดิฉันวิ่งอ้อมป้าไปล้างจานเลย คือพวกหนูก็เกรงใจป้านะคะ แต่พวกหนูกลัวอาจารย์มากกว่า เข้าใจหนูด้วยนะคะ

เรื่องต่อมา เป็นการหายตัวไปของนักศึกษาพยาบาลหายไปไหน? ใครหาย? ดิฉันเองคะ (ยกมือ) คือว่าดิฉันไม่ได้หนีเที่ยวคะ ดิฉันก็ไปเก็บข้อมูลตามบ้าน แต่ว่าแดดร้อนมาก เป็นตอนเที่ยงคะ แดดเพื่อนยังแข่งหน้าไปอีก จะมีบ้านไหนเหลือให้เราไปเก็บล่ะคะ ตอนนั้นดิฉันกับเพื่อนที่เก็บข้อมูลคู่กันกำลังแยกกันเก็บข้อมูลคนละหลัง แต่บ้านที่ดิฉันไป เพื่อนคู่อื่นมาเก็บข้อมูลไว้แล้ว ดิฉันเลยคิดว่าไม่ได้ เราต้องทำอะไรสักอย่าง ดิฉันจึงเดินเลยคะ เดินกลางแดดเกาะตามบ้าน แต่ไม่ได้บอกเพื่อนที่มาด้วยกัน ทั้งจักรยานให้ไว้เป็นของแทนใจ แล้วเดินจากมาเอง เดินไกลเลยคะ บวกกับแดดร้อน นับถือสติปริตตัวเองจริงๆ แล้วดิฉันก็เก็บข้อมูลต่อไป ตอนกำลังเก็บข้อมูลของบ้านหลังที่ 3 เพื่อนที่คู่กับดิฉันก็มาตะโกนเรียกชื่อดิฉันบริเวณหน้าบ้านคะ ดิฉันก็ออกไป เอ๊ะ มีเรื่องอะไรกัน เพื่อนก็บอกว่าโอ๊ย อยู่นี่เอง เขาตามหากันทั่ว โทรศัพท์ทำไม่มาหาไป โอ้เราถึง อะไรกัน วุ่นวายอะไรกัน เพื่อนก็บอกอีกว่า “เราเป็นห่วง กลัวเป้งโดนจับ เลยไลน์บอกเพื่อนให้ช่วยกันหา” เอาแล้วไง เรื่องใหญ่เลย ความผิดใครคะ ความผิดดิฉันคะ โธ่แล้วยังทำตัวให้คนอื่นเป็นห่วงอีก แต่ก็ดีใจคะ

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ที่เพื่อนเป็นห่วงเราขนาดที่งานมาตามหาเรา คราวหน้าจะปรับปรุงตัวค่ะ

การออกชุมชนครั้งนี้ นอกจากจะต้องต่อสู้กับแดด กลางเดือนเมษายนที่รักแล้ว ยังต้องต่อสู้กับน้องหมาแสนน่ารัก (ของเจ้าของบ้าน) อีก ประสานเสียงกันไพละมากค่ะ แต่ไม่มีใครยื่นฟังนะค่ะ ปั่นหนีล๊ะ รู้สิกรั้วบ้านสั้น ๆ คล้ายน้องหมาอยากจะมีร้องเพลงให้ฟังข้าง ๆ หูรีบปั่นเลยคะ บ้านไหนมีรั้วที่ดี มีเวลาทิ้งห่างคะ บ้านไหนไม่มีรั้ว แต่ต้องเก็บ case ก็ท้าวนาใจคะ หลบได้หลบหลีกได้หลีก พอตตอนเย็นก็ต้องนั่งรถมาด้าแสนใกล้กลับวิทยาลัย คนขับก็เป็นคนแถว ๆ ชุมชนนั้น บางครั้งก็พาแว็บไปตลาดนัด ซึ่งดีต่อใจดิฉันนัก แต่ต้องรีบคะ เพราะอาจารย์ไม่ยอมมาให้ไปต่อที่อื่น

ต่อมาคือ เรื่องอาหารกลางวันคะ คือพวกเราจะไปทานที่วัดทุกวันก็ไม่ได้ใช้ไหมคะ งานศพก็ต้องมีเลิกราคะ พวกเราก็อาตามตามร้านถูก ๆ ก็ไปเจอร้านหนึ่ง อยู่ในชอกอาจารย์เป็นคนพาไป เจ้าดังเลยคะ มีคนสั่งมากมาย เราเลยต้องรอนานหน่อย แต่อร่อยนะ รากะยอมเยาดีคะ เหมาะกับคนมีอันจะกินตอนอยู่กับแม่แบบพวกเรามาก ๆ ทานเสร็จก็แว็บไปปั่นจักรยานริมทะเล ถ่ายรูป บอกเลยคะ ชุมชนที่ดิฉันไปดีที่สุดในแล้ว ชาวบ้านน่ารัก อาหารอร่อย มีทะเล ยังต้องการอะไรอีกคะ

ตอนเราไปฝึกที่เคย์แคร์ (day care = ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก) ได้ดูแลน้อง ๆ ที่น่ารัก มาวันแรกก็ต้องเลือก case เลยคะ เพราะฝึกแค่ 1 สัปดาห์เอง พอเลือกได้ ก็ต้องติดสนิทกับน้อง และขอพบพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ใครก็ได้คะ พวกเราไม่มีใครติดน้อง case ตัวเองหรอกคะ ไปติดน้องคนอื่นคะ แล้วบอกน้อง case ตัวเองว่า แม่มาแล้วบอกพี่นะ แล้วตัวเองก็เล่นต่อ ก็เหมือนเด็กเจอเด็กคะ สนุกไปพอลางวัน น้อง ๆ ก็จะหลับ ทุกสิ่งทุกอย่างดูเปลี่ยนไปหนังตาเริ่มหนัก ท้องเริ่มกวน ไม่รู้จะหลับก่อนหรือทานก่อนดี แต่เลือกไม่ได้สักอย่างคะ เพราะอาจารย์อยู่ต้องเข้มแข็ง พอน้องตื่น พวกเราก็ตช่วยน้องเก็บที่นอนพาไปเล่นเพื่อรอพ่อแม่มารับ ส่วนพวกเราก็กลับวิทยาลัยไปเขียนรายงานเกี่ยวกับ case ถ้าใครโชคไม่ดี สมุดสัสมพ

ไม่มีหรือมีข้อมูลไม่ครบ ก็ต้องหาทางเอาตัวรอดกันเองคะ หรือของใครข้อมูลครบ แต่ได้คร่ำครึผิดปกติ ก็โชคร้ายหน่อยคะ

เรื่องต่อมา เป็นกระบวนการออกชุมชนกระบวนการสุดท้ายคือ การสอนวัยรุ่น พวกเราได้สอนที่สวนสาธารณะฯ (ทุ่งนาเขย) พวกเราต้องแบ่งหัวข้อเกี่ยวกับปัญหาที่พบในวัยรุ่น ทำแผนการสอน ทำสื่อ จัดหารางวัล สร้างเกมส์ดึงดูดความสนใจ (ที่ไม่ค่อยได้ผล) แต่การสอนวัยรุ่นสบายที่สุดแล้วคะ ไม่ต้องออกไปไหน อยู่แต่วิทยาลัย ดิ้นสายได้ แต่ต้องพิมพ์งานส่งอาจารย์ แก่หลายรอบเลยคะ แต่อาจารย์ก็สอนอะไรหลาย ๆ อย่างคะ พวกเราได้เจอผู้คนที่หลากหลาย ซึ่งเป็นคนแปลกหน้า ถามอะไรมา เราก็ต้องพยายามตอบให้ได้ ก็สนุกดีคะ พวกเราได้แสดงออกเต็มที่ โดยมีอาจารย์คอยดูอยู่ห่าง ๆ หิวก็แว็บไปทานตรงสนามกีฬาากลางส่วนเพื่อนอีกกลุ่มที่ออกชุมชนหลังกลุ่มดิฉัน เขาได้สอนตรงกับวันที่โรงเรียนเปิดเทอม เลยได้ไปสอนที่โรงเรียนคะ ก็มีดีมีเสียต่างกันไปคะ

เรื่องต่อมา เป็นการฝึกที่โรงพยาบาลนะค่ะ ดิฉันเครียดมากคะ ดิฉันทำผลไม่เป็นคะ! ที่เรียนมาก็ส่ง EMS คืนอาจารย์ตั้งแต่สอบเสร็จแล้วคะ ดิฉันเลยไปพร.ส.ด.ที่อยู่แถวบ้าน ขอให้พี่พยาบาลสอน พี่เขาก็สอนนะค่ะ ใจดีมากคะ บอกว่าอยากมาอีกก็มา มาช่วยทำเอกสารอะไรแบบนี้ แต่ดิฉันไม่ว่างเลยคะ เลยอยากขอโทษพี่ ๆ ที่พร.ส.ด.ด้วย สำหรับตึกแรกที่ฝึก ตึกอายุรกรรมหญิงคะ โอโห แค่อีกตึกก็หนาวแล้ว ไปถึงนี่อบอุ่นเลยคะ แน่นเชียว สิ่งมีชีวิตครึ่งพร.มารวมกันที่นั่นเอง แล้วพวกเราก็มีย check list (สมุดบันทึกรายการทักษะทางการพยาบาลที่ต้องเก็บประสบการณ์) อาจารย์ที่นิเทศพวกดิฉัน ท่านใจดีที่สุดในวิทยาลัยเลยคะ เหมือนท่านมาเก็บ case กับดิฉันเลย เราจะทำอะไรก็บอกอาจารย์ อาจารย์ก็จะรับมาช่วยทำ คือเด็กใหม่คะ ที่เรียนมากับของจริงก็ค่อนข้างต่างกัน วันแรกที่มานะคะ ก็เจออุจจาระ (อึ) เลยคะ case ที่น่ารักของเมื่อวานที่มาดู assign (assignment = หน้าที่/งานที่ได้รับมอบหมาย) วันนี้กลับมาอีให้เรากลับ แหมยังบอกเราด้วยว่า ไม่ได้โอมา 5 วันชาเลยคะ หัวใจชาเลย ทำกันได้ เพิ่งขึ้นตึก เพิ่งพรีคอนฯ

(pre-conference = การประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติ การพยาบาล) กับอาจารย์เสร็จ อือ เจออึเลย หลังจากนั้น คนไข้ทั้งสี่คนที่กลุ่มเราดูแลก็สลบกันอีกะ โอโห สนุกจัง สายเหลืองก็ไม่บอก เพื่อนบางคนเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ดูหลาย ครั้งเลย แต่ case ของดิฉันอีกครั้งเดียวละ ส่วนคนอื่น ก็วิ่งวุ่น เก็บอึเสร็จ อ้าว ฉิดดา ยังไงคะ ทำยังไง พวกเรา ต่างตกอยู่ในสถานการณ์คับขัน ใครทำเป็นบ้างคะ แต่อาจารย์ ก็มาคอยดูว่า case ไหนฉิดดา มาเตรียมยากับอาจารย์ อาจารย์พาไปฉิด แต่ดิฉันนี่ ทำสายน้ำเกลือหลุด น่ารัก อีกแล้ว พี่ก็บอกให้ไปหยิบสายน้ำเกลือใหม่ เอ๊ะ ที่ไหนคะ ตรงไหน อันไหน บอกได้คำเดียว ตายหยังเหี้ยม ดิที่พี่ไม่ดู อาจารย์ก็ไม่ว่า แต่เรารู้สึกเฟล (fail = ล้มเหลว) ในใจ เก็บไว้ในส่วนลึกของจิตใจ เพื่อให้เรานำมาปรับปรุงตัวเอง ดิที่คนไข้กับญาติไม่ว่าอะไรคะ พวกเขาคงเข้าใจมั้งคะ ตอนเที่ยงๆ ก็มีการแจกอาหาร คนไข้คนไหน on NG tube (ใส่สายยางทางจมูกเพื่อให้อาหารเหลว) เราก็กิน (feed = ให้อาหาร) ไม่สนุกเลยคะ ต้องใช้เวลาผสมอาหาร และต้องรอให้เย็น กว่าที่จะป้อนหมด เราแทบจะทานแทน คนไข้แล้วคะ แต่พอป้อนเสร็จก็ดีใจ อย่างน้อยเราก็กินดูแล คนไข้ที่ได้รับอาหาร ถึงแม้ว่าจะต้องอาศัยความระมัดระวัง ค่อนข้างมากก็ตาม แต่เรามีอาจารย์คอยดูแลคะ อ้อ มีเรื่อง เส่ร้ายด้วยคะ มีเพื่อนที่ได้ case ก่อนข้างโคม่า (coma = อาการหนัก) ซึ่งตามปกติ รพ.จะไม่ให้นักศึกษาปี 2 ดูแล แต่เลือกเพียงคนไข้โคม่าเต็ม คนไข้เลยได้มาอยู่ล๊อคที่ นักศึกษาดูแล เพื่อนเราก็กินดูแล ก็สนิทและรักคนไข้ด้วย แต่คนไข้เสียชีวิตขณะที่กำลังส่งตัวไปรักษาที่รพ.อื่น เพื่อนเราก็กินเสียใจ จะไปงานศพก็ไปไม่ได้ เพราะติดฝึกงาน พอวันหยุด แก็กินแล้ว ทำให้พวกเราตระหนักถึงความสำคัญ ของการมีชีวิตอยู่ สามิของแก รักแกมาก แต่วันแรกๆ ที่พวกเราดูแล สามิไม่ได้มา พอสามิมารได้ 1-2 วัน แก็กิน เสียแล้ว

เมื่อฝึกที่ตึกอายุรกรรมเสร็จ ก็ได้มาฝึกที่ตึก ศัลยกรรม คนไข้อาการไม่หนักมากคะ ส่วนใหญ่เป็น แผลเบาหวาน case แรกของดิฉัน แกบอกว่กลืนอะไรไม่ได้ เลย ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำคะ ดิฉันเห็นคนไข้

เตียงข้างๆ เป็น CA (cancer = มะเร็ง) ดิฉันเลยสงสัยว่า case ของดิฉันก็อาจเป็น ด้วยความอยากรู้ จึงถามไป ตรงๆ เลยคะ ลุงๆ ลุงเป็นมะเร็งหรือคะ โอโห พุดเสร็จ ถึงได้รู้ว่า ถามอะไรไป ควรถามไหม ถ้าเขาทำใจไม่ได้ละ อือ เครียดคะ กลัวคนไข้เศร้า แบบว่า..เออเราเป็นมะเร็ง แต่ยังไม่ทำใจไม่ได้ ทำไมต้องมาขำนะ แต่คนไข้ก็บอกว่า ไม่ได้เป็น โอเค ไม่ได้เป็น หมอสั่งให้ case ไปสแกน (scan = การตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอย่างหนึ่ง) พบว่า เป็นมะเร็งหลอดอาหารคะ แต่หมอไม่ได้บอกแก่คะ แล้ว case นี้ต้องทำ I/O (intake/output = บันทึก ปริมาณสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย) ดิฉันก็เดินเข้าไป จะไปดูเหยือกน้ำ อึย ลุงดื่มน้ำเก่งจัง เราก็ชมเลย ลุงก็ บอกว่า อ้อ ลุงเอาไปล้างแก้วนะ อ้าว ทำกันได้นะลุง เอาน้ำดื่ม ไปล้างแก้ว เลยต้องมาซักถามเรื่องน้ำกันใหม่อีก

การขึ้นฝึกที่รพ.ครั้งนี้ เป็นการฝึกฝนดา (fundamental of nursing = การพยาบาลพื้นฐาน) เรื่องพยาธิสภาพ เรื่องโรค ยังไม่ต้องเครียดมาก แคเขียนรายงานส่งก็พอ แต่จริงๆ แล้วมันไม่พอคะ ขึ้นตึกที่นี้ทำใจเรื่องการนอน ไว้เลยคะ โดยเฉพาะในคืนวันอาทิตย์ ตอนฝึกที่ตึกศัลยกรรม มีคนไข้คนนึงอยู่เป็นเดือนเลย เพื่อนที่มาฝึก ก็ได้ทำแผน (nursing care plan = การวางแผนการพยาบาล) case นี้กันทุกกลุ่ม โดนอาจารย์ถามมากคะ ดิฉันก็คิดว่า เฮ้ย เราไม่มีดวงหροก สบายใจได้ พอไปถึงตึก เตียงที่ดิฉัน ได้รับ assign เกิดว้าง เลยได้ดูแลคนไข้เตียงนั้น กิตติศัพท์ ร่ำลือมีมาจริงๆ คะ แต่พอดูแล case ไป เออ ก็ไม่มีอะไร แคฉิดดา 4 ตัว ตอน 10:00 น. case นี้ ดูแลกัน 2 คน คือ ดิฉันกับเพื่อน ครั้งนี้ถือว่าดิฉันทำแผนง่ายที่สุด เพราะ case เป็นแค่ gut obs. (gut obstruction = ลำไส้อุดตัน) แต่เพื่อนคนอื่นได้โรคที่แบบหายาก ขนาดอาจารย์นิเทศ ยังไม่เคยพบเลย ดิฉันทำแผน case นี้ ไม่ได้นอนเลยคะ ทำตั้งแต่ลงจากดู assign จนถึงตีห้า แผนก็ไม่เสร็จจะกะ ขนาดแบ่งกันทำกับเพื่อน แล็บ (laboratory investigation = การตรวจทางห้องปฏิบัติการ) มากจริงๆ คะ ชาร์ท (chart = เวชระเบียน) หนามาก ต้องจดกันนาน พอผ่านไปสัปดาห์ สองเดือน คนไข้ก็หายคะ แล้วกลับมาเยี่ยมตึกด้วย สงสัย

อยู่นาน เลยเกิดมิตรภาพ

ตอนฝึกที่ตึกเด็ก ส่วนใหญ่พบเด็กเป็นโรคไตกันมากค่ะ ตอนสอบ oral (สอบปากเปล่า) กับอาจารย์ประจำกลุ่ม ดิฉันก็กลัวๆ นะ ก็มีเพื่อนที่ขึ้นตึกนี้แล้วมาอธิบายกลไกของโรค ก็ตั้งใจฟังอย่างดี พอไปสอบ อ้าวไม่เห็นเหมือนกับที่คุยกันไว้เลย คนละโรคค่ะ พยาธิสภาพต่างกัน แล้วยิ่งต่างกัน แต่ดิฉันก็คิดว่า เออ ข้ามๆ แล้วยัดผ่านไป คงไม่เป็นไร พออาจารย์ถาม ก็ตอบได้ไม่ชัด อาจารย์จึงให้หนังสือมาอ่าน เลยเข้าใจ แต่ตอนนี้หนูก็มีความรู้ให้อาจารย์ไปแล้วค่ะ

ขอเล่าเรื่องเพื่อนของดิฉันหน่อยนะคะ คือตอนนั้นไปฝึกที่ตึกอายุรกรรมชาย เพื่อนได้ case อายุ 96 ปี ตอนพรีคอนฯ กับอาจารย์ เพื่อนบอกกิจกรรมการพยาบาลว่าให้คนไข้นอนหัวสูง 45 องศา แต่อาจารย์บอกว่า ไหนลองหันไปดูคนไข้สิ โอโฮ นอนราบเลยล่ะ ยังไม่พอค่ะ เพื่อนยังบอกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลว่า เสี่ยงต่อการชักจากไข้สูง อึ้งกันไปเลยล่ะ คนไข้อายุ 96 ปี ชักจากไข้สูง อาจารย์ก็บ่นเลยล่ะ นี่คงเป็นเพราะว่ากลุ่มเราเพิ่งไปฝึกที่

ตึกเด็กมาค่ะ ข้อวินิจฉัยนี้ทุกแผนต้องมี เลขแบนนำมาใช้ค่ะ

เป็นอย่างไรบ้างคะ เรื่องเล่ายังมีอีกมากค่ะ เป็นเรื่องเล็กๆ แต่ก็คอยเตือนให้พวกเราทำงานอย่างรอบคอบ การได้มาฝึกงาน ทำให้ได้สัมผัสประสบการณ์ดีๆ มากมาย ฝึกงานสนุกมากค่ะ ตึกว่านั่งเรียนในห้อง พวกเราได้ทำงานได้ทีเดียว ชอบค่ะ แต่คนไข้คงไม่ชอบ ชีวิตนักศึกษาที่ปกติดิฉันจะมีทุกขมีสุขปนกันไป ตอนกินวันอาทิตย์.. กินวันที่ต้องทำแผนส่งอาจารย์ น้ำตาจะไหลค่ะ แต่พอได้ดูแลคนไข้ตามที่ตั้งข้อวินิจฉัยมา ก็รู้สึกว่าเป็นพยาบาลมากขึ้น งานของพวกดิฉันผู้พยาบาลบนตึกไม่ได้หรอกค่ะ พี่เขามีกงานมากจริงๆ ที่ตึกศัลยกรรม มีพี่พยาบาลที่ห้องแถมมาทำงานค่ะ เก่งมาก ๆ ขนาดพวกดิฉันไม่ต้อง สุขภาพแข็งแรง ยังทำงานสู้พี่เขาไม่ได้เลย พี่เขารับเวร-ส่งเวรตอนเช้า พี่ก็ยิ้มแจ่มใส ส่วนนักศึกษาพยาบาลรอบ ๆ พี่ก็หอมบ๊ยะ หน้าทูดโหมไปตามท้องเรื่อง พวกเราก็ต้อเป็นกำลังใจให้พี่ๆ พยาบาลทุกคนนะคะ ทำงานหนักเงินเดือนก็ไม่มาก แต่ก็ได้ทำบุญทุกวันเลยล่ะ

คำแนะนำ การส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการมีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากทุกท่านเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกในการพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

สาขาของเรื่องที่ได้รับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ
2. บทความวิชาการในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และสุขภาพ รวมทั้งบทความแปลด้านวิชาการ
3. บทความพิเศษที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งประเด็นที่น่าสนใจด้านการพยาบาลและด้านอื่น ๆ

เงื่อนไขการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา
2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น
3. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) จำนวน 2 คน ถ้ามีการปรับปรุงแก้ไข ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วให้กองบรรณาธิการภายใน 15 วัน
4. ความคิดเห็นของผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ ไม่จำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับใด ๆ กับวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์โดยใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิก พิมพ์โดยใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทั้ง 4 ด้าน ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาวประมาณ 10-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการมีความยาวประมาณ 6-10 หน้า ส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail : kanisorn2514@gmail.com)
2. บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ รวมกันไม่ควรเกิน 2 หน้ากระดาษ
3. ถ้ามีภาพ ตาราง หรือแผนภาพ เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ ตาราง หรือแผนภาพ ตามลำดับ ให้ครบถ้วน
4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนทางด้านขวามือ ยกเว้นหน้าแรก
5. การใช้ภาษา คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีภาษาอังกฤษกำกับด้วย ให้ใส่ภาษาอังกฤษเฉพาะเมื่อกล่าวถึงในครั้งแรก ส่วนศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้เขียนทับศัพท์ สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนคำจริง ๆ ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คู่มือ-ริชาร์ดสัน ครอนบาค

รูปแบบของการเขียนต้นฉบับ

1. รายงานการวิจัย มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

1.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเรียงไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

1.4 บทคัดย่อ พิมพ์โดยไม่ต้องใส่กรอบ ประกอบด้วย 3 ย่อหน้า (ย่อหน้าแรก เริ่มเขียนจากรูปแบบการวิจัย ย่อหน้าที่ 2 เขียนผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย ส่วนย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้) และระบุคำสำคัญจำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อ ส่วนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (พิมพ์คำว่า Abstract แทน) ระบุ Keywords จำนวน 2-5 คำ อยู่ใต้บทคัดย่อเช่นกัน

1.5 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนเป็นแผนภูมิแสดงตัวแปรที่ศึกษา ถ้ามีคำบรรยายนำมาก่อน ให้บรรยายอย่างกระชับและเข้าใจง่าย

1.7 วิธีดำเนินการวิจัย มีส่วนประกอบดังนี้

1.7.1 ประเภทของการวิจัยและการได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.7.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.7.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง เขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อน ตามด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือแต่ละชิ้น ระบุเกี่ยวกับที่มา จำนวนข้อลักษณะคำตอบ เกณฑ์ในการให้คะแนน และเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.7.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ใช้ชื่อว่า การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อๆ ตามขั้นตอน

1.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนเกี่ยวกับข้อมูลและระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1.8 ผลการวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคล เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง ในตาราง จัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า t , z , r , β และ p ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง สำหรับค่า p ให้ใส่ค่าจริง (ถ้าเป็น .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ * กำกับที่ตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องระบุ * ที่ใต้ตาราง

1.9 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด (ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร ถ้าใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัย การใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด ให้เขียนต่อจากปี (ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ) ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.10 ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ถ้ามีมากกว่า 1 ประเด็น ให้เขียนเป็นข้อๆ

1.11 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

หมายเหตุ : การวิจัยแบบทดลอง ให้เขียนโดยนำกลุ่มทดลองขึ้นก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (ถ้ามีมากกว่า 1 กลุ่ม)

2. บทความวิชาการ มีแนวทางการเขียนส่วนประกอบแต่ละส่วนตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนทางด้านซ้ายมือ

2.2 ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้ที่หน้าแรกตรงกลางและมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย โดยชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำ ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบทและคำสันธาน

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน และวุฒิการศึกษาพร้อมสาขา พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง โดยเยื้องไปทางด้านขวามือ และมีภาษาอังกฤษกำกับไว้ด้วย ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน พิมพ์ไว้ที่ด้านล่างของหน้าแรก โดยชิดทางด้านซ้ายมือ (หัวข้อนี้ใช้ตัวอักษรขนาด 14)

2.4 ส่วนบทนำ ไม่ต้องเขียนคำว่า บทนำ ความยาวไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ

2.5 ส่วนเนื้อหา

2.6 ส่วนสรุป ไม่ต้องเขียนคำว่า สรุป ความยาวไม่ควรเกิน ½ หน้ากระดาษ

2.7 เอกสารอ้างอิง ดังรายละเอียดต่อไป

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) version 6.0 ดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่อง

ใช้ระบบนาม ปี ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้ระบุชื่อ นามสกุล กันด้วย , ตามด้วยปี ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษให้ระบุชื่อสกุลเท่านั้น กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยปี ในการเขียนมีหลักการดังนี้

1.1 การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “and” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วยปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ซึ่งอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ

1.2 การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ถ้าเป็นการเขียนครั้งแรก กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคน กรณีที่มีผู้แต่ง 3-6 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) ทุกคนเช่นกัน แล้วกันด้วย , แล้วตามด้วยคำว่า “และ” หรือ “&” ก่อนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือ ชื่อสกุล) คนสุดท้าย ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 7 คน ขึ้นไป ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.) ถ้าเป็นการเขียนครั้งต่อๆ มา กรณีที่มีผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) ทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนกรณีที่มีผู้แต่งตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้เขียน

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล) คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” จากนั้นตามด้วย , และปี พ.ศ. (หรือ ปี ค.ศ.)

ส่วนการเรียงรายการอ้างอิงที่มีมากกว่า 1 รายการ ให้เรียงจากปีที่เก่ากว่าไปยังปีที่ใหม่กว่า ถ้าเป็นปีเดียวกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อ โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาอังกฤษ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง

ให้มีเฉพาะรายชื่อเอกสารที่ได้อ้างอิงในเนื้อเรื่องเท่านั้น โดยมีหลักการเขียนเช่นเดียวกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องที่มีการเขียนครั้งแรก สำหรับชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้ระบุชื่อ สกุล กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และ . แล้วตามด้วยชื่อกลาง และ .

3. การเรียงลำดับเอกสาร

3.1 เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

3.2 เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง ไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ

3.3 ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ เรียงตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล

3.4 ถ้าอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงตามลำดับอักษรตัวถัดไปเรื่อยๆ

3.5 ถ้าผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. รูปแบบการเขียน

4.1 วารสาร เขียนตามรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. (ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ.). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ของวารสาร (ฉบับที่), หน้า.

ตัวอย่าง

ประสิทธิ์ จิตติวัฒนพงศ์. (2551). ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการจัดบริการแบบ one stop service ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบางละมุง. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 33(1), 67-74.

4.2 หนังสือ

4.2.1 หนังสือภาษาไทย ให้เขียนเรียงตามลำดับดังนี้

4.2.1.1 ชื่อผู้แต่ง ถ้ามากกว่า 1 คน กันด้วย , คนสุดท้ายนำด้วย , คำว่า และจบด้วย .

4.2.1.2 ปี พ.ศ. หรือ ปี ค.ศ. เขียนอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ จบด้วย .

4.2.1.3 ชื่อหนังสือ ใช้ตัวเอียง จบด้วย .

4.2.1.4 ครั้งที่พิมพ์ อยู่ในวงเล็บ และต่อจากชื่อหนังสือ จบด้วย .

4.2.1.5 ชื่อเมืองที่พิมพ์ ตามด้วย : (พิมพ์ให้ชิดกับชื่อเมือง)

4.2.1.6 ชื่อสำนักพิมพ์ จบด้วย .

4.2.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เขียนเรียงตามลำดับเช่นเดียวกับภาษาไทย แต่แตกต่างกันในการเขียน

ชื่อผู้แต่ง ดังนี้

4.2.2.1 ใช้ชื่อสกุลขึ้นต้น ตามด้วย , อักษรย่อชื่อต้น ตามด้วย . และอักษรย่อชื่อกลาง ตามด้วย .

4.2.2.2 ผู้แต่งแต่ละคนกันด้วย ,

4.2.2.3 ผู้แต่งคนสุดท้าย นำด้วย , & และจบด้วย .

4.3 หนังสือที่มีบรรณาธิการ ให้หลักการเช่นเดียวกับหนังสือที่มีผู้แต่งคนเดียวหรือมากกว่า 1 คน แต่มีข้อแตกต่าง ดังนี้

4.3.1 หนังสือภาษาไทย เดิม (บ.ก.) จบด้วย . ตามหลังชื่อบรรณาธิการคนสุดท้าย

4.3.2 หนังสือภาษาอังกฤษ เดิม (Ed.) กรณีที่มีบรรณาธิการคนเดียว หรือเดิม (Eds.) กรณีที่มีบรรณาธิการมากกว่า 1 คน จบด้วย .

4.4 วิทยานิพนธ์

ตัวอย่าง

ลักขณา เทศเปี่ยม. (2552). *ความฉลาดทางอารมณ์กับระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รุ่งนภา เพ็ชระอำ. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

4.5 ข้อความจากเว็บไซต์

ตัวอย่าง

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). *อีก 12 ปี ค่ารักษาพยาบาลคนแก่พุ่งขึ้น 4 เท่า*. สืบค้น วันที่ 20 กรกฎาคม 2554, จาก <http://www.thaitgri.org/>

Salinsky, E., & Scott, W. (2003). *Obesity in America: A growing threat*. Retrieved February 20, 2006, from http://www.nhpf.org/pdfs_bp/BP_Obesity_7-03.pdf