

ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 | Vol.5 No.3 September- December 2022

NHEJ

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
2. ดร.จิราพร วรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
4. ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.ชญญาวิโร ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. นางภรณ์ทิศา เพ็ญทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนายุ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร. ธันวดี ศรีธาวีรัตน์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร ังดกระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปนัดดา ปรีชฤตม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
13. ผศ. ดร.ณิชนันท์ ปัญญาเอก	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
14. พญ.ดร.เสาวนันท บำเรอราช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
16. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
17. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
18. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ๋นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
19. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
20. ภกญ.ดร.เพ็ญนภา ศรีหรั่ง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
21. ผศ.ดร.วิสัย คะตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	กองบรรณาธิการ
22. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กองบรรณาธิการ
23. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
24. ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กองบรรณาธิการ
25. ดร.ทักษิภา ชั้วรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	กองบรรณาธิการ
26. นางพรพิมล โคตรณรงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ และเลขานุการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 2. ดร.ศิราณี อิ่มน้ำขาว | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 3. ดร.ยุพภรณ์ ตรีไพรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 4. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์ | มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.อัจฉรา จินวงษ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี |
| 6. อ.กัลยารัตน์ คาคสนิท | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 7. ดร.ชลกาทร ทรงศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 8. ดร.สุมัทนา แก้วมา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 9. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 10. อ.ภัณฑิรา เพ็ญทอง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 11. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 12. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 13. ดร.กิจติยา รัตนมณี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 14. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 15. ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 16.ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 17. ผศ.ดร.อรัญญา ทองก้อน | มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน -ธันวาคม 2565)	Page	Vol.5 No.3 (September– December)
บทบรรณาธิการ		Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ การศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือน ชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จิราภา ศรีท่าโฮ บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ สุกัญญา ชันวิเศษ มธุรดา บรรจงการ ดร.ปราณีต จงพันธนิมิตร	1	◇ Prevalence, Symptom management and outcome of Primary Dysmenorrheaamong Elementary Student, Muang district, Chanthaburi Jerapa Srithahai Busayarat Loysak Sukanya Khanwiset Maturada Bunjongkarn Dr.Pranit Jongpantanimit
○ การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ดร.ชลการ์ ทรงศรี	13	◇ Stress and Coping with stress among nursing studentsundertaken the Elderly Nursing Practice Course, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani Dr.Chonlakarn Songsri
○ ประสิทธิภาพของการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กปฐมวัย ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ สุชาดา บุญธรรม วิวรรณณี ตู้อประดับ สุนิสา แสนสวัสดิ์ หทัยชนก หว่านผล อภิภาวดี เตียนสิงห์	25	◇ The effectiveness of using magic box innovation topromote fine motor development skills in early childhood Dr.Atcharawadee Sriyasak1 Suchada Boontham1 Wiwantanee Toopradab Sunisa Sansawad Hathaichanok Wanpon Apipawadee Tiansing
○ ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ปนิดา พุ่มพุด ขวัญตา ภูริวิทยาริระ	37	◇ The Effects of Simulation-Based Learning for Preparation of Mental Health and Psychiatric Practicum in Nursing Students. Panida Pumput Kwanta Puriwitthayatira
○ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อัตลักษณ์ทางกาย และการจัดการกับภาพลักษณ์ของหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น:การศึกษาเชิงคุณภาพ ดร.ดาราวรรณ รongเมือง	47	◇ Factors Influencing Physical Appearance Identity and Appearance-Management Behaviors among Young Adult Women in Thailand: A Qualitative Study Dr.Daravan Rongmuang
○ การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลยโสธร มณฑาทิพย์ ยังมี วัชรารวรรณ จันท์แก้ว จิราภรณ์ เหมลา ดร.ศิริณี อิ่มน้ำขาว	58	◇ Developing and Implementing Evaluation of Neonatal JaundiceAssessment Practice Guidelines,Yasothon Hospita Monthathip Yungmee Watcharawan Changeaw Jiraporn Hemala Dr.Siranee Imnamkhao

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (กันยายน -ธันวาคม 2565)	Page	Vol.5 No.3 (September– December)
○ ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สูงอายุ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร มลวิภา กาศสมบูรณ์	69	◇ The effect of diabetes self-management program on elderly diabetic patients Case Study in Khlong Khlung Hospital Kamphaeng Phet Province Monwipa Katsomboon
○ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและ การคลอดก่อนกำหนด ประชุมพร สุวรรณรัตน์ ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ ศศิธร คำพันธ์	81	◇ Effects of Empowerment Program for pregnant women at risk of preterm labor on the prevalence of preterm Labour and preterm delivery Prachomporn Suwanrat Tippawan boonyaporn Sasitorn kumpan

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้าย ปีที่ 5 ของการดำเนินงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ซึ่งวารสารฉบับนี้ออกในช่วงปลายปีที่หลายท่านกลับไปเยี่ยมบ้านในช่วงสงกรานต์ปีเก่าและเตรียมเข้าสู่ปีใหม่ 2566 ขอให้ทุกท่านเดินทางอย่างปลอดภัย และห่างไกลจากเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (Covid 19) ค่ะ

ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ทั้งท่านที่ส่งบทความวิจัยเข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน

ขอเชิญชวนสมาชิกและบุคลากรสาธารณสุขที่มีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และมีมิติอื่นๆที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข ส่งผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา โดยวารสารออกปีละ 3 ปีเช่นเคย ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th วารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยสาระและความหลากหลายเช่นเคย ทั้งสูตรกรรม อายุกรรม เด็ก ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของเรามีบทความวิจัยภาคภาษาอังกฤษค่ะ ไม่ว่าจะเป็น (1) การศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือน ชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี (2) การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี (3) ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ในเด็กปฐมวัย (4) ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (5) Factors Influencing Physical Appearance Identity and Appearance-Management Behaviors among Young Adult Women in Thailand: A Qualitative Study (6) การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโสธร (7) ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และ (8) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด ทุกเรื่องล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจ ขอเชิญท่านติดตามได้ภายในเล่มค่ะ พบกันใหม่ ฉบับหน้าค่ะ

บรรณาธิการ

การศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือน ชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

Received: 7 August 2022

Revised: 26 August 2022

Accepted: 28 December 2022

จีราภา ศรีท่าไฮ, พย.ม. ¹บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม.²สุกัญญา ชันวิเศษ, วท.ม. ³มธุรดา บรรจงการ (ปร.ด.) ³ปราณีต จงพันธนิมิตร, พย.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อสำรวจความชุกของการมีประจำเดือนและศึกษาอุบัติการณ์การจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 เขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 333 คน ปีการศึกษา 2564 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูล วิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือน และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน (reliability.85)

ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของการมีประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 78.7 โดยมีอาการปวดเล็กน้อย (pain score < 7) และปวดรุนแรง (pain score ≥ 7) คิดเป็นร้อยละ 63.2 และ 15.5 ตามลำดับ ซึ่งผลกระทบของการมีประจำเดือน ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ร้อยละ 41.5 ผลต่อการเรียนร้อยละ 24.9 และผลต่อการพักผ่อนร้อยละ 22.7 สำหรับการจัดการอาการปวดประจำเดือนพบว่า นักเรียนจะจัดการอาการปวดประจำเดือนโดยการรับประทานยาแก้ปวด เมื่อมีอาการปวดรุนแรงมากจนทนไม่ไหว (ร้อยละ 51.6) เมื่อเริ่มมีอาการปวดประจำเดือน (ร้อยละ 31.4) และก่อนปวดประจำเดือน (ร้อยละ 13.7) ตามลำดับ ส่วนการจัดการอาการปวดประจำเดือน โดยไม่ใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ การนอนพัก การไม่ดื่มน้ำมะพร้าว และการดื่มน้ำร้อนหรือน้ำอุ่น สำหรับผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือนที่พบมากที่สุดคือ หลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิตการเรียนและอารมณ์ดีขึ้น

คำสำคัญ: การปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ วิธีการจัดการอาการ ผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการ-
กับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ

Prevalence, Symptom management and outcome of Primary Dysmenorrhea among Elementary Student, Muang district, Chanthaburi

Jerapa Srithahai, M.N.S. ¹Busayarat Loysak, M.N.S ²Sukanya Khanwiset, M.S. ³Maturada Bunjongkarn, Ph.D. ³Pranit Jongpantanimit, M.N.S. ³

Abstract

This descriptive research aimed to determine the prevalence of menstruation and to examine the incidence and outcomes of symptom management of primary dysmenorrhea among senior elementary school students in Muang District, Chanthaburi Province. Research sample were 333 female students studying in elementary school (grade 4-6), Chanthaburi Primary Educational Service Area Office 1 in the year 2021 consisting

¹ Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author, E-mail: jerapa@pnc.ac.th

of Saritdidet School, Anuban Chanthaburi School and Bankaew School. Research instruments included personal data and questionnaires about dysmenorrhea symptom management and the outcomes of menstrual pain management, reliability level = .85. Data were conducted between August 2021 and March 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis.

The results illustrated that the prevalence of menstruation among senior elementary school students were 78.7 percent which pain score less than 7 and more than 7 were 63.2 and 15.5 percent respectively. Menstruation affected their daily life associating with their mood (41.5 percent), their learn (24.9 percent) and their rest (22.7 percent). Menstrual pain management methods which the students managed their pain were by taking painkillers when having severe pain (51.6 percent), when the pain started (31.4 percent) and before having menstruation (13.7 percent). The popular methods of managing menstrual pain without taking medicine were resting in bed, avoiding coconut juice and drinking hot or warm water respectively. The outcomes of the symptom management were the improvement in their learning, mood and quality of life.

Keywords: primary dysmenorrhea, symptom management, outcomes of symptom management of primary dysmenorrhea

บทนำ

อาการปวดประจำเดือนเป็นภาวะทางสุขภาพที่มักพบบ่อยในผู้หญิงที่อยู่ในช่วงของวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิดได้แก่ ชนิดปฐมภูมิและชนิดทุติยภูมิ โดยอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ (Primary dysmenorrhea) จะพบได้ภายหลังจากเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกแล้ว 6 - 12 เดือน เป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นโดยมีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีประจำเดือนแต่ละรอบในช่วง 8-72 ชั่วโมง โดยอาการที่พบคือปวดท้องส่วนล่างหรือปวดที่อุ้งเชิงกรานโดยที่ไม่มีคามผิดปกติของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน และลักษณะอาการปวดจะไม่ได้เพิ่มระดับความรุนแรงหรือเปลี่ยนแปลงระยะเวลาในการปวดแบบมากขึ้นเรื่อย ๆ¹ นอกจากนี้อาจพบอาการอื่นๆ ทางร่างกายในช่วงการมีประจำเดือน เช่น การคัดตึงเต้านม อาการปวดท้องน้อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง ปวดต้นขา ปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา ท้องอืดหรือท้องเสีย สำหรับด้านจิตใจที่สามารถพบได้ เช่น อาการหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า หรืออารมณ์แปรปรวนง่าย¹⁻²

ผลกระทบการปวดประจำเดือนพบการศึกษาในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่าผลทำให้ขาดงานและขาดเรียนได้ถึงร้อยละ 13-51 และร้อยละ 5-14 จากกลุ่มสตรีเหล่านี้ยังพบว่ามีอย่างน้อย 1 ครั้งของการขาดงานที่เกิดจากการปวดประจำเดือนระดับรุนแรง¹ และสตรีที่มีอาการปวดประจำเดือนที่มีอาการปวดรุนแรงจำเป็นต้องไปพบแพทย์ถึงร้อยละ 10 - 21.1³⁻⁷ ส่งผลให้ไม่อยากเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ความสนใจในการเรียนน้อยลง และมีผลการเรียนลดต่ำลง^{3,5} ในประเทศไทยพบว่ามึ้นักศึกษาขาดเรียนในระหว่างการมีรอบประจำเดือนสูงถึง ร้อยละ 18.2 - 21.1 ความสนใจในการเรียนลดลง ร้อยละ 63.6 และมีผลการเรียนลดต่ำลงร้อยละ 1.8⁶

จากการศึกษาสถานการณ์การเข้าสู่วัยสาวของเด็กไทย โดยคณะนักวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2563)⁸ พบว่า เด็กไทยมีแนวโน้มเข้าสู่วัยสาวเร็วขึ้น โดยเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 7.96 ปี และค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างการเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก อายุ 11.57 ปี และภายหลังการมีประจำเดือนจะทำให้เด็กมีอาการปวดจากสถิติความชุกของอาการปวดประจำเดือนคิดเป็นร้อยละ 66.1⁹ โดยพบความรุนแรงของอาการต่างๆ นอกจากอาการปวดประจำเดือน ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย มีความเหนื่อยล้า ต้องการนอนหลับมากขึ้น พบอาการปวดหลัง และหงุดหงิดง่าย ส่วนผลกระทบที่พบมากที่สุด ได้แก่ การมีสมาธิในการอ่านหนังสือลดน้อยลง รองลงมา คือ สมาธิในการเรียนลดลง อาการปวดประจำเดือนเป็นสาเหตุให้ขาดเรียนร้อยละ 13.8 ซึ่งการดูแลตนเองขณะปวดระดับความปวดประจำเดือนรุนแรงจะใช้วิธีการรับประทานยาเอง, แพทย์ทางเลือก และพบแพทย์เพื่อ

ขอคำแนะนำ¹⁰ การดื่มน้ำอุ่น ร้อยละ 73.3⁹ และปัจจัยที่มีผลต่อการปวดประจำเดือนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านการหลังสารพอสตาแกลนดิน ฮอร์โมนวาโสเพรสซิน ความผิดปกติด้านจิตใจ ปัจจัยด้านความเชื่อวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และลักษณะเฉพาะของร่างกายของเด็ก ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการปวดประจำเดือนของเด็กทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมของเด็ก

จากการศึกษาก่อนหน้านี้จะพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมไปจนถึงกลุ่มสตรีวัยทำงานแต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาประเด็นดังกล่าวข้างต้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจความชุกของการมีประจำเดือนในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิของ

นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของดอตต์และคณะ¹¹ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่สบายที่เกิดจากโรคและการรักษา โดยพัฒนาจากแนวคิดของลาร์สันและคณะ¹² และดอตต์มีความเชื่อว่าบุคคลรับรู้ว่าร่ากายเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นนั้น จะมีการประเมินว่าอาการและความรุนแรงมีผลต่อตนเองมากน้อยเพียงใด จากนั้นบุคคลจึงมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อลดอาการที่ผิดปกติหรือความไม่สบาย และเมื่ออาการไม่ลดลง บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการนั้นใหม่หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดการจนกว่าอาการที่เกิดขึ้นจะลดลงหรือหายไป นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการอาการของดอตต์ ยังได้ตระหนักถึงมิติของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล ที่ประกอบด้วย บุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ มีรายละเอียดดังนี้บุคคล (person domain) องค์กรประกอบที่มีผลต่อการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ ลักษณะส่วนบุคคล (demographic) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รวมถึง จิตใจ (psychological) สังคม (sociological) และลักษณะทางสรีรภาพ (physiological) รวมทั้งระดับพัฒนาการหรือวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (risk factors) สภาวะทางสุขภาพ (health status) โรคและการได้รับบาดเจ็บ (disease and injuries) สิ่งแวดล้อม (environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) รวมถึงบริเวณบ้าน ที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม (social environment) ประกอบด้วย เครือข่าย แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม (cultural environment) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม การให้คุณค่า การปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณี เชื้อชาติ ศาสนา

แบบจำลองการจัดการอาการของดอตต์และคณะ¹¹ มีมิโนทัศน์หลัก 3 มิโนทัศน์คือ 1. ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) 2. วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และ 3. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) ซึ่งทั้ง 3 มิโนทัศน์หลักมีรายละเอียดดังนี้

1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย ความเป็นพลวัตรและเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา มีความเกี่ยวข้องต่อการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยการรับรู้อาการ (perception of symptoms) พบว่า หากมีการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งเกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกาย คนจะรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปตามตัวของบุคคลและลักษณะของความผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วย และหลังจากคนรับรู้อาการที่เกิดขึ้น ก็จะมีการประเมินลักษณะอาการ (evaluation of symptoms) ที่เกิดขึ้น เช่น ความรุนแรง ความถี่และตำแหน่งที่เกิด หรือผลกระทบของอาการที่

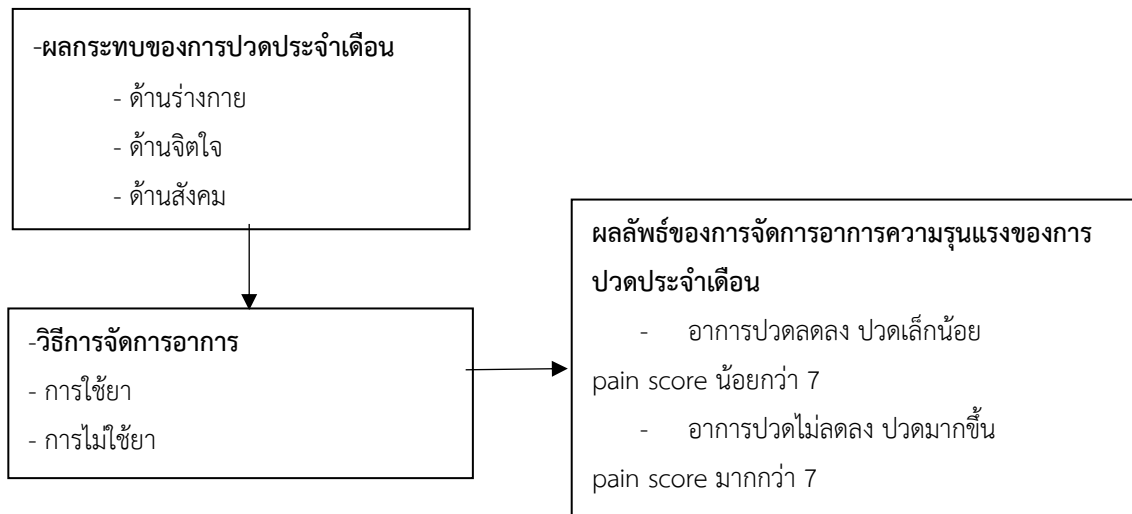
เกิดขึ้น ในส่วนการตอบสนองต่ออาการ (response of symptoms) จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่คนนั้นๆมีการรับรู้แล้วประเมินอาการ บุคคลเหล่านั้นจะตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นซึ่งอาจมีทั้ง การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงพฤติกรรม และการตอบสนองนั้นๆอาจแสดงอาการเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือแสดงอาการหลายด้านได้

2) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) คือการที่บุคคลเลือกใช้ในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทา หรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด โดยเริ่มให้บุคคลดังกล่าวเป็นผู้ตั้งเป้าหมายการปฏิบัติ ซึ่งต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้วิธีใดในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และจัดการอย่างไร (how) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จนกว่าคนจะเกิดความพึงพอใจ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการ และการตอบสนองของแต่ละคน ซึ่งวิธีการจัดการ อาจเป็นวิธีการรักษาของแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งจัดการด้วยตนเองของบุคคลนั้นๆ

3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (outcomes) คือผลลัพธ์ที่บ่งชี้หรือตัวชี้วัดคุณภาพ ประสิทธิภาพในการจัดการอาการจาก ประสบการณ์ สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดคุณภาพการจัดการอาการ 8 ผลลัพธ์ ได้แก่ 1. สภาวะของอาการ(symptom status) 2. การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) 3.การดูแลตนเอง (self – care) 4.ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) 5.คุณภาพชีวิต (quality of life) 6.ความเจ็บป่วยและโรคร่วม (morbidity and co-morbidity) 7.อัตราการตาย (mortality) และ 8.สภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

จากกรอบแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการจัดการอาการของคอตต์และคณะ¹¹ โดยเลือกแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ซึ่งกล่าวถึงประสบการณ์ที่ผู้หญิงมีต่ออาการปวดประจำเดือน (symptom experience) ได้แก่ การรับรู้ถึง อาการ ความรุนแรงของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีประจำเดือน โดยการประเมินผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งจัดการต่ออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย (symptom management strategies) เพื่อบรรเทาอาการปวดประจำเดือน โดยวิธีดังกล่าวมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา ซึ่งการใช้ยานั้นมีทั้งการใช้ที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม ในส่วนการบรรเทาอาการปวด ประจำเดือนแบบไม่ใช้ยาอาจเลือกวิธีหลากหลายเช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การออกกำลังกาย การเล่นเกม เป็นต้น

กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการเชื่อว่าจะทำให้บุคคลจัดการต่ออาการปวดประจำเดือนได้อย่างเหมาะสม มี ประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์เป็นที่พอใจต่อบุคคลนั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายเพศหญิง ในเขต สพป. เขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายที่เคยมีประจำเดือนมาแล้ว และมีรอบประจำเดือนทุกเดือนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีอาการปวดประจำเดือนที่ไม่มีอาการปวดรุนแรงเพิ่มขึ้นในแต่ละเดือน รู้สึกตัวดี สื่อสารภาษาไทยได้ พูดคุยรู้เรื่อง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ นักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 - 6 ที่มีอาการปวดประจำเดือนจนให้ข้อมูลไม่ได้ ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาจิตเวช Mood disorder และกลุ่มตัวอย่างขอออกจากการศึกษา กำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักวิเคราะห์ด้วยสถิติของ Cochran¹³ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 333 คน โดยกลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในเขต สพป. เขต 1 อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ 2564 ได้แก่ โรงเรียนสฤทธิเดช โรงเรียนอนุบาลจันทบุรี และโรงเรียนบ้านแก้วจันทบุรี

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก ระดับการศึกษาที่มีประจำเดือนครั้งแรก จำนวนวันของการมีประจำเดือนในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการมีประจำเดือนในหนึ่งปี การใช้ยาในชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว การออกกำลังกาย จำนวนของผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน การมีประจำเดือนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความรุนแรงของการปวดประจำเดือน

2. แบบสอบถามวิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือน ประกอบไปด้วย วิธีในการจัดการอาการ (what) จัดการเมื่อใด (when) จัดการที่ไหน (where) จัดการทำไม (why) จัดการมากน้อยเพียงใด (how much) จัดการโดยใคร (who) จัดการให้ใคร (whom) และ จัดการอย่างไร (how)

3. แบบสอบถามผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ประกอบไปด้วย สภาวะของอาการปวดประจำเดือน (symptom status) การทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) การดูแลตนเอง (self – care) ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (costs) คุณภาพชีวิต (quality of life) สภาวะทางด้านอารมณ์ (emotional status)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามการศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .95 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับนักเรียน ชั้นประถมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 - 6 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการดังนี้

1) โครงการวิจัยที่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 051/64 วันที่ 1 กรกฎาคม 2564) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล 2) ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการถอนตัวออกจากการศึกษา แจ้งว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี แล้ว ผู้วิจัยจะทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงเรียนสฤติเดช โรงเรียนอนุบาลจันทบุรี และโรงเรียนบ้านแก้วจันทบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล ซึ่งจะมีการประชุมทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อคำถาม วิธีการถาม จนเข้าใจตรงกันดีแล้ว จึงจะเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะอธิบายข้อมูลตามแบบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร หลังได้รับความยินยอม ให้แสดงความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวตามเอกสาร และทำการถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามเป็นเวลา รายละเอียด 20 -30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ความสุขของการมีประจำเดือนในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ 78.7 โดยมีอาการปวดเล็กน้อย (pain score < 7) และปวดรุนแรง (pain score ≥ 7) คิดเป็นร้อยละ 63.2 และ 15.5 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรุนแรงของอาการปวดประจำเดือน (n = 277)

ประวัติการปวดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	59	21.3
มีอาการปวดประจำเดือน	218	78.7
- ปวดเล็กน้อย (pain score < 7)	175	63.2
- ปวดรุนแรง (pain score ≥ 7)	43	15.5

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุ 12 ปี ร้อยละ 41.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.6 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 65.7 มีประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ 11 ปี ร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาที่มีประจำเดือนครั้งแรกชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 48.4 จำนวนวันของการมีประจำเดือนในแต่ละครั้ง จำนวน 4-6 วัน ร้อยละ 69.7 จำนวนครั้งของการมีประจำเดือนในหนึ่งปี จำนวน 10-12 ครั้ง/ปี ร้อยละ 62.1 มีประวัติการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 7.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 5.1 มีการออกกำลังกาย จำนวน 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 77.6 จำนวนของผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน จำนวน 3-5 แผ่น ร้อยละ 53.1 และการมีประจำเดือนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า มีผลต่ออารมณ์ ร้อยละ 41.5 มีผลต่อการเรียน ร้อยละ 24.9 และมีผลต่อการพักผ่อน ร้อยละ 22.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรก ระดับการศึกษาที่มีประจำเดือนครั้งแรก จำนวนวันของการมีประจำเดือนในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการมีประจำเดือนในหนึ่งปี การช้ำในเลือดประจำวัน โรคประจำตัว การออกกำลังกาย จำนวนของผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน และการมีประจำเดือนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (n = 277)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (mean =11.32, min = 10 max = 13) (ปี)		
- 10	40	14.4
- 11	114	41.2
- 12	116	41.9
- 13	7	2.5
ศาสนา		
- พุทธ	273	98.6
- คริสต์	4	1.4
ระดับการศึกษา		
- ป. 4	35	12.6
- ป. 5	60	21.7
- ป. 6	182	65.7
ประวัติการมีประจำเดือนครั้งแรกอายุ (ปี)		
- 9	21	7.6
- 10	67	24.2
- 11	151	54.5
- 12	38	13.7
ระดับการศึกษาที่มีประจำเดือนครั้งแรก		
- ป. 4	76	27.4
- ป. 5	134	48.4
- ป. 6	67	24.2
จำนวนวันของการมีประจำเดือนในแต่ละครั้ง		
- 1-3 วัน	53	19.1
- 4-6 วัน	193	69.7
- 7 วันขึ้นไป	31	11.2
จำนวนครั้งของการมีประจำเดือนในหนึ่งปี (ครั้ง/ปี)		
- 1-3	36	13.0
- 4-6	37	13.4
- 7-9	32	11.5
- 10-12	172	62.1
- > 12	-	-

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยาในชีวิตประจำวัน		
- ไม่ใช่	257	92.8
- ใช่	20	7.2
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	263	94.9
- มี	14	5.1
การออกกำลังกาย		
- 1-3 วัน/สัปดาห์	215	77.6
- 4-6 วัน/สัปดาห์	35	12.6
- ทุกวัน	27	9.7
จำนวนของผ้าอนามัยที่ใช้ต่อวัน (แผ่น/วัน)		
- 1-2	130	46.9
- 3-5	147	53.1
การมีประจำเดือนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน		
- อารมณ์	115	41.5
- การเรียน	69	24.9
- การพักผ่อน	63	22.8
- การเล่น	30	10.8

3. วิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือนเมื่อมีประจำเดือน นักเรียนจะจัดการอาการปวดประจำเดือน โดยการรับประทานยาแก้ปวด คือ เมื่อมีอาการปวดรุนแรงมากจนทนไม่ไหว (ร้อยละ 51.6) เมื่อเริ่มมีอาการปวดประจำเดือน (ร้อยละ 31.4) และเมื่อก่อนปวดประจำเดือน (ร้อยละ 13.7) ตามลำดับ โดยรับประทานยาแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง ร้อยละ 32.9 ส่วนการจัดการอาการปวดประจำเดือน โดยการไม่รับประทานยาแก้ปวดวิธีที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ การนอนพัก (ร้อยละ 73.6) การไม่ดื่มน้ำมะพร้าว (ร้อยละ 60.6) และการดื่มน้ำร้อนหรือน้ำอุ่น (ร้อยละ 57) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือน (n = 277)

วิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
1. จัดการอาการปวดประจำเดือนโดยรับประทานยาแก้ปวดเมื่อ		
1.1 ก่อนปวดประจำเดือน	38	24.5
1.2 เริ่มมีอาการปวดประจำเดือน	87	56.1
1.3 มีอาการปวดรุนแรงมากจนทนไม่ไหว	143	92.3
1.4 รับประทานยาแก้ปวดทุก 4-6 ชั่วโมง	91	58.7
1.5 รับประทานยาแก้ปวดมากกว่า 1 ชนิด	23	14.8

วิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
2. จัดการอาการปวดประจำเดือนโดยไม่รับประทานยาแก้ปวด		
2.1 นอนพัก	204	80.6
2.2 ประคบกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณท้อง	113	44.7
2.3 เดิน/ ออกกำลังกาย	67	26.5
2.4 นวดหน้าท้อง	69	27.3
2.5 ฟังเพลง การทำสมาธิ	118	46.6
2.6 รับประทานนมหวาน	96	37.9
2.7 ไม่ดื่มน้ำเย็นหรือเครื่องดื่มที่ใส่น้ำแข็ง	151	59.7
2.8 ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำอุ่น	158	62.5
2.9 ไม่ดื่มน้ำมะพร้าว	168	66.4
2.10 อุดทนไม่ทำอะไรเลย	102	40.3

4. สำหรับผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ หลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิต การเรียน อารมณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 55.6) ระดับความรุนแรงของการปวดประจำเดือนหลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วมีค่าคะแนนน้อยกว่า 7 (ร้อยละ 53.8) และการปวดประจำเดือนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 44) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน (n = 277)

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
1. หลังรับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	172	62.1
2. หลังรับประทานยาแก้ปวดแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	15	5.4
3. หลังนอนพักผ่อนแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	151	54.5
4. หลังนอนพักผ่อนแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	71	25.6
5. หลังประคบกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณท้องแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	169	61.0
6. หลังประคบกระเป๋าน้ำร้อนบริเวณท้องแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	30	10.8
7. หลังเดิน /ออกกำลังกายแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	125	45.1
8. หลังเดิน /ออกกำลังกายแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	62	22.4
9. หลังนวดหน้าท้องแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	136	49.1
10. หลังนวดหน้าท้องแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	38	13.7
11. หลังฟังเพลง และทำสมาธิแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	139	50.2
12. หลังฟังเพลง และทำสมาธิแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	57	20.6
13. หลังรับประทานนมหวานแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	143	51.6
14. หลังรับประทานนมหวานแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	45	16.2
15. หลังรับประทานอาหารเสริมเพื่อบรรเทาปวดประจำเดือนแล้วไม่มีอาการปวดประจำเดือน	138	49.8
16. หลังรับประทานอาหารเสริมเพื่อบรรเทาปวดประจำเดือนแล้วยังมีอาการปวดประจำเดือน	15	5.4
17. หลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิต การเรียน อารมณ์ไม่ดีขึ้น	68	24.5

ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน	จำนวน	ร้อยละ
18. หลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิต การเรียน อารมณ์ดีขึ้น	154	55.6
19. การปวดประจำเดือนไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	112	40.4
20. การปวดประจำเดือนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต	122	44.0
20. ระดับความรุนแรงของการปวดประจำเดือนหลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วมีค่าคะแนนมากกว่า 7	31	11.2
21. ระดับความรุนแรงของการปวดประจำเดือนหลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วมีค่าคะแนนน้อยกว่า 7	149	53.8

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาในครั้งนี้ พบความชุกของอาการปวดประจำเดือนในนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ร้อยละ 78.7 ความชุกของอาการปวดประจำเดือนค่อนข้างสูง แต่มีความชุกต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษา เรื่องภาวะการปวดประจำเดือนในสตรีวัยรุ่นไทยความชุก, ผลกระทบและความรู้ในการรักษา ของนักศึกษาหญิงชั้นปีที่1และชั้นปีที่2 ของสถาบันราชภัฏวิทยาเขตนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบความชุกของการปวดประจำเดือนร้อยละ 84.2¹⁴ รวมทั้งพบว่า มีความชุกต่ำ กว่าเมื่อเทียบกับประเทศไต้หวัน ร้อยละ 92.518 และโอมาน ร้อยละ 94.19 สอดคล้อง กับการรายงานทางระบาดวิทยาที่พบความชุกของอาการปวดประจำเดือนในช่วงร้อยละ 16-91 ในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ความแตกต่างของการรายงานความชุกอาจเกิดจากความแตกต่างของแบบประเมิน การให้คำจำกัดความของอาการปวดประจำเดือน อายุของเด็กเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรก รวมทั้งความแตกต่างทางวัฒนธรรม 9,14

2. ระดับความรุนแรงของอาการปวดที่พบส่วนใหญ่โดยมีอาการปวดเล็กน้อย (pain score < 7) สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการวินิจฉัยและการรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ¹⁵ พบว่าอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิคืออาการปวดเกร็งท้องน้อยเล็กน้อยที่สัมพันธ์กับรอบไข่ตกตามปกติโดยที่ไม่พบพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน อาจมีอาการปวดร้าวไปยังหลังส่วนล่างหรือขาทั้งสองข้าง โดยทั่วไปอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นในช่วง 6 - 12 เดือนหลังมีประจำเดือนครั้งแรก และในแต่ละรอบจะมีอาการปวดนานประมาณ 8 - 72 ชั่วโมง

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผลกระทบที่พบบ่อยสุด คือมีผลต่ออารมณ์ร้อยละ 41.5 มีผลต่อการเรียน ร้อยละ 24.9 และมีผลต่อการพักผ่อนร้อยละ 22.7 ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าที่ผ่านมาในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ ร้อยละ 94.98 ผลกระทบที่ส่งผลในระดับรุนแรงมาก ได้แก่ ส่งผลทำให้สมาธิในการอ่านหนังสือและสมาธิในการเรียนลดลงรวมทั้ง สอดคล้องกับการรายงานในประเทศเอธิโอเปีย พบรายงานการขาดเรียนร้อยละ 13.8 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบร้อยละ 16.2 ในขณะที่อาการปวดประจำเดือนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยน้อยสุดในเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และอาการปวดประจำเดือนที่เกิดขึ้นนั้นจะยังไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตของเด็กนักเรียนมากแต่ถ้าพบว่ามีอาการปวดประจำเดือนในทุกๆเดือนอาจส่งผลกระทบต่อผลการเรียน อารมณ์ เนื่องจากเด็กวัยนี้การจัดการกับตนเองและจัดการกับอารมณ์ยังไม่สามารถจัดการได้ดีเท่าที่ควรตามพัฒนาการของเด็กวัยเรียน

ผลการศึกษานี้ในเรื่องวิธีการจัดการอาการปวดประจำเดือนเมื่อมีประจำเดือน นักเรียนจะจัดการอาการปวดประจำเดือนโดยการรับประทานยาแก้ปวด คือ เมื่อมีอาการปวดรุนแรงมากจนทนไม่ไหว ร้อยละ 51.6 ส่วนการจัดการอาการปวดประจำเดือน โดยการไม่รับประทานยาแก้ปวดวิธีที่พบมากที่สุด คือ การนอนพัก ร้อยละ 73.6 ได้เห็นได้ว่าการดูแลตนเองเมื่อมีอาการปวดประจำเดือนส่วนใหญ่ จะใช้วิธีการแบบไม่ใช้ยาร่วมกันกับการใช้ยา สำหรับยาแก้ปวดซึ่งยาที่รับประทานมากเป็นอันดับแรกคือ พาราเซตามอล (paracetamol) อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่รู้จักยาแก้ปวดคือพาราเซตามอล (paracetamol) มากที่สุดและจะรับประทานยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวดแล้วเท่านั้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย รายงานเรื่องยาแก้ปวดที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ พาราเซตามอล (paracetamol)

สำหรับผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดประจำเดือน จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบมากที่สุด คือ หลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิต อารมณ์และการเรียนดีขึ้น ร้อยละ 55.6 ระดับความรุนแรงของการปวดประจำเดือนหลังจัดการกับอาการปวดประจำเดือนแล้วมีค่าคะแนนน้อยกว่า 7 ร้อยละ 53.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ และยุวดี วิทย์พันธ์⁹ เรื่องความชุก ผลกระทบและวิธีการจัดการต่ออาการปวดประจำเดือนในนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่าภายหลังจากการจัดการอาการปวดประจำเดือนแล้วคุณภาพชีวิตและการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลดีขึ้น

สรุปการศึกษาความชุกวิธีการจัดการอาการและผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการกับการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ถือเป็นกลุ่มของผู้หญิงที่ยังพบความชุกอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง และยังพบอาการอื่นๆที่เกิดร่วมกันกับอาการปวดประจำเดือน ซึ่งอาการปวดประจำเดือนและอาการต่างๆ ที่เกิดร่วมส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายโดยเฉพาะด้านการเรียน สมาธิในการเรียนอารมณ์ และเด็กในกลุ่มนี้ยังจัดการเกี่ยวกับอาการปวดประจำเดือนได้น้อยจากวิวุฒิและคุณวุฒิพบพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีทั้งการบรรเทาอาการปวดโดยใช้ยาคือการรับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล (paracetamol) วิธีไม่ใช้ยาเช่นการพักผ่อน และทนต่ออาการโดยไม่ทำอะไรเลย ในเด็กนักเรียนพบประสิทธิภาพในการจัดการตนเองเมื่อมีอาการปวดประจำเดือนอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นครูประจำชั้นและครูพยาบาล ควรเห็นความสำคัญในประเด็นดังกล่าวข้างต้นและสามารถดูแลนักเรียนเด็กนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายได้ในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) เพื่อให้กลุ่มได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมใช้ประโยชน์ อันจะมีผลเชิงนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยการนำประสบการณ์ของแต่ละคนจากการจัดกลุ่มความรุนแรงของการปวดประจำเดือน ทั้งนี้อาจปรับระดับการวัดความเจ็บปวดเป็น ระดับมาก ปานกลาง น้อย เพื่อนำมาทำการศึกษาถึงรูปแบบการบรรเทาอาการปวดประจำเดือนที่เหมาะสมในนักเรียนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Proctor M, Farquhar C. Diagnosis and management of dysmenorrhea. *BMJ*.2006; 332:1134-8.
2. Rapkin AJ. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: John HW III, wentz AC, Burnett LS, editors. *Novak's Text book of Gynecology*. 12th ed. Baltimore: Williams&Wilkins. 1996.
3. Cakir M, Mungan I, Karakas T, Giriskan I, Okten A. Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatrics International*. 2007;49;6:938-942.
4. Lee LK, Chen PCY, Lee KK, Kaur J. Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. *Singapore Med journal*. 2006;47;10:869-74.
5. Sherma P, Malhotra C, Taenja DK, Saha R. Problems related to menstruation amongs adolescent girls. *Indian Journal of Pediatrics*.2008;7;2:125-129.
6. Tangchai K, Titipan V, Boriboonhirumsarn. Dysmenorrhea in Thai Adolescents: Prevalence, Impact and knowledge of treatment. *Journal Medicine Association Thai*.2004;8:3:s60-s73.
7. ยาวพา จงเป็นสุขเลิศ, ศรีนารี แก้วฤดี, สุกรี สุนทรภา, ขนขม สกนธวัฒน์. ความชุกของภาวะปวดประจำเดือนในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น. *Thai Journal of obstetrics and Gynaecology*. 2008;16;1:47-53.
8. คณะนักวิจัยจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. สถานการณ์การเข้าสู่วัยสาวของเด็กไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 6 พฤศจิกายน 2563 [เข้าถึงเมื่อ10 เมษายน 2564] เข้าถึงได้จาก:<https://www.thaihealth.or.th/?p=237058>

9. เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, ยูวดี วิทย์พันธ์. ความชุก ผลกระทบและวิธีการจัดการต่ออาการปวดประจำเดือน ในนักศึกษาพยาบาล. (2562);39;1: 41-52.
10. Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea in Thai Adolescents: Prevalence, Impact and Knowledge of Treatment Journal Med Assoc Thai. 2004;87;3:569-73.
11. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher E, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001;33:5:668-676.
12. Larson PJ, Carrieri-Kohlmon V, Dodd MJ, Douglas M, Faucett J, Froelicher E et al. A model for symptom management. Image journal of the north American menopause society. 1996;3:154-164.
13. Cochran WG. Sampling Techniques. 2 editions. New York. John Wiley and Sons. Inc. 1963.
14. กมลศักดิ์ ต่างใจ ,วิทยา ถิฐาพันธ์ ,ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. ภาวะการปวดประจำเดือนในสตรีวัยรุ่นไทย ความชุก, ผลกระทบและความรู้ในการรักษา. J Med Assoc Thai. 2004;87;3:s69-s73.
15. พลลพัทธ์ ยงฤทธิปกรณ์. การวินิจฉัยและการรักษาอาการปวดประจำเดือนชนิดปฐมภูมิ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 2559;28;2:112–119.

ความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการฝึกปฏิบัติ
รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

Received: 3 August 2022

Revised: 17 October 2022

Accepted: 17 Decemberr2022

ชลการ ทรงศรี, ปรด.

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี จำนวน 94 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต 2) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด Jalowiec Coping Scale และ 3) ความเครียดและเผชิญความเครียดแบบปลายเปิด ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต มีค่าเท่ากับ 0.83 ,แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับสูงร้อยละ 55.3 มีความเครียดปานกลาง ร้อยละ 29.8 มีความเครียดรุนแรงร้อยละ 11.7 และมีความเครียดน้อย ร้อยละ 3.2 ความเครียดมากที่สุดเกี่ยวกับการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ร้อยละ 56.4 ($\bar{X} = 2.82, S.D.=0.62$) ด้านที่ไม่มีความเครียดคือสัมพันธ์สภาพภาพกับสมาชิกในทีมในการขึ้นฝึกปฏิบัติร้อยละ 39.4 ($\bar{X} = 1.97, S.D.=0.58$) การเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างใช้การมุ่งแก้ปัญหามากที่สุด ร้อยละ 66.00 ($\bar{X} = 3.30, S.D.=0.93$) และที่ใช้บ่อยที่สุดคือการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 49.20 ($\bar{X} = 2.46, S.D.=0.06$) กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยปรึกษาอาจารย์ประจำกลุ่มและการทำกิจกรรม

คำสำคัญ ความเครียด, ระดับของความเครียด, การเผชิญความเครียด

Stress and Coping with stress among nursing students undertaken the Elderly Nursing Practice Course, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani

Chonlakarn Songsri, Ph.D

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the stress and coping with the stress of students in the Elderly Nursing Practice Course. There were 94 nursing students from Boromarajonani College of Nursing participated in this study. The data were collected via questionnaires: 1) Department of Mental Health Stress Measurement Form; 2) Jalowiec Coping Scale; and 3) The Stress and Coping Questionnaire, which was an open-ended questionnaire. Cronbach's alpha in this study ranged from 0.83 to 0.85 across two measurements. The Data were analyzed using descriptive statistics, and the qualitative data were verified by content analysis.

¹ Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author, E-mail: noya2599@hotmail.com

The results showed that 55.3% had a high-stress level, 29.8% had a moderate stress level, 11.7% had a severe stress level and 3.2% had a low-stress level. The highest stress was the theoretical and practical learning ($\bar{X} = 2.82, S.D.=0.62$), which accounted for 56.4%. There was no stress in the teams 39.4 % ($\bar{X} = 1.97, S.D.=0.58$). The most used coping strategy was the problems solving 66.00% ($\bar{X} = 3.30, S.D.=0.93$); while the least coping strategy was coping with emotional management 49.2 % ($\bar{X} = 2.46, S.D.=0.06$). The students adapted themselves to the situation by consulting the teacher and conducting various activities.

Keywords: Stress, Stress levels, coping with stress

บทนำ

ความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และเป็นภาวะที่บุคคลประหม่นเหตุการณ์นั้นว่า มีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง เพื่อตอบสนอง ความต้องการที่เกิดขึ้น และพยายามปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุล แต่ในทางตรงกันข้าม ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับสูง และต่อเนื่องเป็นเวลานาน บุคคลนั้นจะไม่สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ร่างกายเสียสมดุล การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการประหม่นเหตุการณ์ผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนในทางลบโดยจะส่งผลต่อพฤติกรรมเป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดที่มุ่งเน้นการตอบสนองทางอารมณ์²

การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ การเรียนภาคปฏิบัตินักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยในสถานการณ์จริงซึ่งนักศึกษายังไม่มีประสบการณ์ ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างสูง หากเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นจะนำมาสู่อันตรายของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล ลิมทองกุล³ ที่พบว่านักศึกษาที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางในการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นครั้งแรก สอดคล้องกับงานวิจัยของ เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบสูง ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นทำให้ขาดความมั่นใจ กลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติกับการศึกษาของ Dunn et al⁴ พบว่าสภาพแวดล้อมขณะฝึกปฏิบัติมีผลต่อพัฒนาการของนักศึกษาพยาบาลในด้านเจตคติ ทักษะปฏิบัติการพยาบาลความรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาและมีการศึกษา⁵ พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่ดีสามารถช่วยให้นักศึกษานำความรู้ทางทฤษฎีที่เรียนรู้ในห้องเรียนมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ในคลินิกได้ นักศึกษาพยาบาลที่ไม่สามารถปรับตัวในภาคปฏิบัติได้ ประสิทธิภาพในการพยาบาลย่อมลดลงอันเป็นผลโดยตรงต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจัดการเรียนการสอนมีปรัชญาของหลักสูตรโดยความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทรโดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาล (Professional meaning) ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและการเรียนรู้เกี่ยวกับผู้ใช้บริการ (Client Meaning) ในเชิงสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เรียน ผู้สอนและผู้ใช้บริการบนพื้นฐาน ความเอื้ออาทรภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้อการเรียนรู้จากสภาพจริง ด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ นักศึกษาสามารถใช้กระบวนการทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การดูแลในการใช้ยา การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต การจัดสวัสดิการสิทธิประโยชน์และแหล่งประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจากการประเมินสรุปผลการเรียนรู้ในปีที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษามีความวิตกกังวล เนื่องจากรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นการฝึกในชุมชนซึ่งแตกต่างจากหอผู้ป่วยที่เคยฝึก อีกทั้งยังมีความเครียดจากการเก็บข้อมูลหรือประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไม่ได้ รวมทั้งเครียดในเรื่องการทำโครงการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการศึกษาคความเครียด การเผชิญความเครียด และความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในการฝึกปฏิบัติใน

.4. หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้น 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

5. หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

การแปลผลเป็นค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านอยู่ในช่วง 1-5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีนั้นในการเผชิญกับความเครียดในการแปลผล นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผล แบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ยของคะแนน น้อยกว่า 1.80 หมายถึง เผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 1.80 – 2.60 หมายถึง เผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง เผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง เผชิญความเครียดอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยของคะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง เผชิญความเครียดอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการความเครียด เป็นแบบสอบถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อประกอบไปด้วยข้อคำถาม

1. ก่อนขึ้นฝึกงานวิชาปฏิบัติการผู้สูงอายุ นักศึกษามีความเครียดเกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง
2. เมื่อเกิดความเครียด ท่านจัดการกับปัญหานั้นอย่างไร
3. ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ นักศึกษามีความเครียด/ปัญหา เกี่ยวกับเรื่องใดบ้าง
4. ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ นักศึกษามีวิธีการเผชิญความเครียด/การเผชิญปัญหาอย่างไร
5. การฝึกปฏิบัติในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นอย่างไร
6. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

คุณภาพเครื่องมือ

1. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องของภาษา และความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน
2. จากนั้นนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหาตามความเห็น และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า Item-Objective Congruence Index : IOC มากกว่า 0.67
3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยราชธานี จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานขอความร่วมมือจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เพื่อขอการรับรองจริยธรรมเมื่อได้รับใบรับรองเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัยแบบทดสอบผ่านทางออนไลน์ผ่านโปรแกรม Google form และอธิบายวิธีตอบแบบสอบถาม โดยให้ระยะเวลาในการทำ 2 สัปดาห์
3. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

2. ข้อมูล ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ข้อมูล การเผชิญความเครียด วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการวิเคราะห์เนื้อหา

4 ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์สรุปอุปนัย (Analytic Induction)

คือการตีความ สร้างข้อสรุปข้อมูลบันทึกพรรณนาจัดกลุ่มข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลตามประเด็นคำถาม

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงและขอความยินยอมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลครั้งนี้และชี้แจงการนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมโดยไม่เชื่อมโยงถึงบุคคล

ผลการวิจัย

การศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืน จำนวน 94 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย 4 ส่วน ดังนี้

1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 21 – 23 ปี ร้อยละ 68.10 รองลงมาอายุ 18 – 20 ปีร้อยละ 26.60 เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.60 เพศชายร้อยละ 6.40 เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 54.30 เป็นบุตรคนที่ 2 ร้อยละ 36.20 อาชีพผู้ปกครองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 71.30 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง 2,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 60.60 และ 5,001 – 8,000 บาท ร้อยละ 25.50

2. ระดับความเครียดของของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการขึ้นฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการเรียนวิชาปฏิบัติการผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ระดับสูง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 55.30 มีความเครียดปานกลาง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 29.80 มีความเครียดรุนแรง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70

3. ความเครียดรายด้าน

การวิเคราะห์ความเครียดรายด้านในการศึกษานี้มีการศึกษาทั้งหมด 4 ด้านคือ ด้านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ด้านสัมพันธ์สภาพภาพกับสมาชิกในทีมในการขึ้นฝึกปฏิบัติ ด้านส่วนบุคคลและสุขภาพร่างกาย ด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมส่วนใหญ่มีระดับความเครียดมากที่สุดคือความเครียดเกี่ยวกับการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ร้อยละ 56.40 ($\bar{X} = 2.82, S.D.=0.62$) รองลงมาคือความเครียดเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลและสุขภาพร่างกายของนักศึกษาร้อยละ 47.20 ($\bar{X} = 2.36, S.D.=1.13$) และ ด้านที่ไม่มีความเครียดเลยคือสัมพันธ์สภาพภาพกับสมาชิกในทีมในการขึ้นฝึกปฏิบัติการรายวิชาผู้สูงอายুর้อยละ 39.40 ($\bar{X} = 1.97, S.D.=0.58$) ไม่มีความเครียดด้านครอบครัวของนักศึกษา ร้อยละ 36.80 ($\bar{X} = 1.84, S.D.=0.58$)

3.1 ความเครียดด้านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่ามีความเครียดโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 56.40 ($\bar{X} = 2.82, S.D.=0.62$) ซึ่งมีความเครียดในด้านความเครียดเกี่ยวกับการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ มากที่สุดคือ เนื้อหาที่เรียนยากเกินไป/นักศึกษาไม่เข้าใจในเนื้อหาที่เรียน ($\bar{X} = 3.18, S.D.=0.88$) ร้อยละ 63.60 รองลงมาคือ เครียดเรื่องความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.20 ($\bar{X} = 3.16, S.D.=1.06$) และการได้รับมอบหมายงานในการเก็บประสบการณ์การฝึกปฏิบัติในรายวิชา

ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.60 ($\bar{X} = 2.93, S.D.=0.96$) และมีความเครียดต่ำในเรื่องการดูแลช่วยเหลือจากอาจารย์นิเทศ ร้อยละ 46.20 ($\bar{X} = 2.31, S.D.=1.05$)

3.2 ความเครียดด้านสัมพันธภาพภาพกับสมาชิกในทีมในการขึ้นฝึกปฏิบัติการรายวิชาผู้สูงอายุ พบว่ามีความเครียดในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 39.40 ($\bar{X} = 1.97, S.D.=0.58$) แบ่งเป็น มีความเครียดในเรื่องการรู้สึกกดดันจากเพื่อนในกลุ่ม/อาจารย์พี่เลี้ยง/ทีม ร้อยละ 44.60 ($\bar{X} = 2.23, S.D.=1.05$) รองลงมาคือ ทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อน อาจารย์ผู้ฝึกสอน อาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึก ร้อยละ 42.20 ($\bar{X} = 2.11, S.D.=0.99$)

3.3 ความเครียดด้านลักษณะส่วนบุคคลและสุขภาพร่างกายของนักศึกษา พบว่ามีความเครียดโดยภาพรวมอยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 47.20 ($\bar{X} = 2.36, S.D.=1.13$) โดยแบ่งเป็น พักผ่อนไม่เพียงพอ/ไม่มีเวลาพักผ่อน ร้อยละ 58.80 ($\bar{X} = 2.94, S.D.=1.24$) รองลงมาคือ นักศึกษาตั้งเป้าหมายในการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุสูงเกินไป ร้อยละ 52.00 ($\bar{X} = 2.60, S.D.=0.94$)

3.4 ความเครียดด้านครอบครัวโดยรวมนักศึกษาระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 36.80 ($\bar{X} = 1.8, S.D.=0.58$) โดยนักศึกษากังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเรียนมากที่สุดร้อยละ 43.60 ($\bar{X} = 2.18, S.D.= 1.14$) นักศึกษากังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย/สภาพของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 38.60 ($\bar{X} = 1.93, S.D.=1.21$) และนักศึกษามีความเครียดเนื่องจากอยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ร้อยละ 28.00 ($\bar{X} = 1.40, S.D.=0.85$) ตามลำดับ

4. การเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความรู้สึกความเครียด ทำโดยรวมและแยกรายด้าน พบว่า การเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ โดยร่วมส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดมากที่สุด คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา ร้อยละ 66.00 ($\bar{X} = 3.30, S.D. = 0.93$) รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกความเครียด ร้อยละ 59.00 ($\bar{X} = 2.95, S.D. = 1.30$) และที่ใช้น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 49.20 ($\bar{X} = 2.46, S.D. = 1.06$)

4.1 การเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในด้านมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30, S.D. = 0.93$) โดยที่มีระดับมากที่สุดคือสุดพยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม ($\bar{X} = 3.71, S.D. = 0.89$) รองลงมาคือ พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่างไว้ ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.88$) และพยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ($\bar{X} = 3.63, S.D. = 0.88$) ส่วนมีการเผชิญความเครียดในด้านมุ่งแก้ปัญหาน้อยที่สุดคือ พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างจริงจัง ($\bar{X} = 2.85, S.D. = 1.01$) และพยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้ ($\bar{X} = 2.68, S.D.= 1.03$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละการเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ด้านมุ่งแก้ปัญหา (N=94)

รายการแบบวัดการเผชิญความเครียด	(\bar{X})	(SD)	ร้อยละ	การแปลผล
1.คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	3.61	0.99	72.20	ระดับมาก
2.พยายามลืมปัญหาและคิดถึงเรื่องอื่น	3.00	0.96	60.00	ระดับปานกลาง
3.พยายามทำอะไรก็ได้ แม้ว่าจะไม่แน่ใจว่าจะช่วยแก้ปัญหาได้	2.68	1.03	53.60	ระดับปานกลาง
4.พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นให้ชัดเจนและทุกแง่ทุกมุม	3.71	0.89	74.20	ระดับมาก
5.พยายามควบคุมสถานการณ์บางอย่าง	3.63	0.88	72.60	ระดับมาก
6.พยายามค้นหาเป้าหมายหรือทำความเข้าใจในสถานการณ์	3.63	0.88	72.60	ระดับมาก
7.พยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ อย่างจริงจัง	2.85	1.01	57.00	ระดับปานกลาง
8.พยายามหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์	3.41	0.86	68.20	ระดับปานกลาง
9.ลองแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เพื่อดูว่าวิธีไหนดีที่สุด	3.23	0.94	64.60	ระดับปานกลาง
10.พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.26	0.88	65.20	ระดับปานกลาง
11.พยายามแก้ไขปัญหาโดยแยกแยะปัญหาเป็นส่วนๆ	3.27	0.85	65.40	ระดับปานกลาง
12.กำหนดเป้าหมายให้เจาะจงชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา	3.41	0.86	68.20	ระดับปานกลาง
13 มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด	3.47	0.97	69.40	ระดับมาก
รวม	3.30	0.93	66.00	ระดับปานกลาง

4.2 การเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในด้านการจัดการกับอารมณ์มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} = 2.46, S.D. = 1.06) นักศึกษามีการเผชิญความเครียดโดยมากที่สุดคือการกินการขบเคี้ยว (\bar{X} = 2.98, S.D. = 1.30) รองลงมาคือแสดงอาการกระวนกระวายหงุดหงิดใจ (\bar{X} = 2.85, S.D. = 1.05) แสดงออกถึงความกังวลใจ (\bar{X} = 2.78, S.D. = 0.89) ส่วนมีการเผชิญความเครียดในด้านการจัดการกับอารมณ์ น้อยที่สุดคือ ต่ำหนึคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (\bar{X} = 1.81, S.D. = 0.87) ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละการเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (N=94)

รายการแบบวัดการเผชิญความเครียด	(\bar{X})	(SD)	ร้อยละ	การแปลผล
1.แสดงออกถึงความกังวลใจ	2.78	0.89	55.60	ระดับปานกลาง
2. การกิน การขบเคี้ยว	2.98	1.30	59.60	ระดับปานกลาง
3.คิดฝันหรือเพ้อฝันไปเรื่อย	2.13	1.11	42.60	ระดับน้อย
4.เตรียมการสำหรับความเลวร้ายที่สุด	2.77	0.98	55.40	ระดับปานกลาง
5.การระบายออกมาทางอารมณ์	2.12	0.97	42.40	ระดับต่ำ
6.แสดงอารมณ์เสีย ฉุนเฉียว	2.85	1.05	57.00	ระดับปานกลาง
7..มีอาการกระวนกระวาย หงุดหงิดใจ	1.81	0.87	36.20	ระดับต่ำ
8. ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวก่อปัญหา	2.09	1.15	41.80	ระดับต่ำ
9. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ แยกตัว อยากรอยู่คนเดียวตามลำพัง	2.60	1.20	52.00	ระดับต่ำ
รวม	2.46	1.06	49.20	ระดับต่ำ

4.3 การเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในด้านการบรรเทาความรู้สึกความเครียด มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95, S.D. = 1.30$) โดยข้อที่ใช้ในการเผชิญความเครียดมากที่สุดคือยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ($\bar{X} = 4.01, S.D. = 0.91$) ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือ ($\bar{X} = 3.57, S.D. = 1.13$) คาดหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น ($\bar{X} = 3.55, S.D. = 1.07$) ส่วนมีการเผชิญความเครียดในด้านการการบรรเทาความรู้สึกความเครียด น้อยที่สุดคือ อยู่เฉยๆ โดยหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง ($\bar{X} = 2.24, S.D. = 1.00$) ปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตาที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ($\bar{X} = 2.23, S.D. = 0.85$) เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ($\bar{X} = 2.17, S.D. = 0.89$) และปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ($\bar{X} = 1.99, S.D. = 0.82$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละการเผชิญความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ด้านการบรรเทาความรู้สึกความเครียด (N=94)

การเผชิญความเครียด	(\bar{X})	(SD)	ร้อยละ	การแปลผล
1.การทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	2.77	0.96	55.40	ระดับปานกลาง
2.คาดหวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น	3.55	1.07	71.00	ระดับมาก
3.ยอมรับปัญหาคิดในด้านดี	3.51	0.96	70.20	ระดับมาก
4.ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา	1.99	0.82	39.80	ระดับต่ำ
5.ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีประสบการณ์	3.20	1.05	64.00	ระดับปานกลาง
6.ยอมรับสถานการณ์	4.01	0.91	80.20	ระดับมาก
7.สวดมนต์เชื่อในสิ่งศักดิ์	2.64	1.11	52.80	ระดับปานกลาง
8.ถอยหนีจากสถานการณ์	2.85	1.20	57.00	ระดับปานกลาง
9.เลิกยุ่งเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น	2.17	0.89	43.40	ระดับต่ำ

การเผชิญความเครียด	(\bar{X})	(SD)	ร้อยละ	การแปลผล
10. อยู่เฉยๆ คาดหวังว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	2.24	1.00	44.80	ระดับต่ำ
11. ขอกำลังใจหรือความช่วยเหลือ	3.57	1.13	71.40	ระดับมาก
12. ปลดปล่อยให้สถานการณ์เป็นไปเพราะเป็นเรื่องของโชคชะตา	2.23	0.85	44.60	ระดับต่ำ
13. เข้านอนโดยคิดหวังว่าสัปดาห์จะดีขึ้น	3.16	1.17	63.20	ระดับปานกลาง
14. บอกตนเองไม่ต้องวิตกทุกอย่างอาจจะดีขึ้น	3.41	1.03	68.20	ระดับปานกลาง
รวม	2.95	1.30	59.00	ระดับปานกลาง

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดประเด็นความเครียดและการเผชิญกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิเคราะห์และสรุปได้ดังนี้

5.1 ก่อนขึ้นฝึกงานวิชาปฏิบัติการผู้สูงอายุ นักศึกษามีความเครียดเกี่ยวกับลักษณะของแหล่งฝึก อาจารย์นิเทศที่ไม่คุ้นเคย อาจารย์ที่เลี้ยง ที่พักอาศัย การเดินทาง การขนของย้ายสถานที่ ลักษณะนิสัยของคนในชุมชน การไม่เข้าใจบริบทชุมชน การเตรียมความพร้อมและความรู้ของตนเองก่อนการขึ้นฝึก การทำหัตถการ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การทำโครงการ การสอนสุขศึกษา การสื่อสารกับผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาและผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ การเก็บประสบการณ์ เรื่องค่าใช้จ่ายและสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน

5.2 เมื่อเกิดความเครียดนักศึกษาแก้ปัญหาโดยการหาข้อมูลสถานที่ สอบถามรุ่นพี่เกี่ยวกับการเก็บประสบการณ์ ลงพื้นที่ไปสำรวจ รพสต. และชุมชน ปรึกษาเพื่อน ขอคำแนะนำจากอาจารย์ ขอกำลังใจจากครอบครัว ทบทวนตัวเอง ยอมรับความจริง คิดในแง่บวก คิดว่าตัวเองต้องทำได้ มองหาทางออกและปัญหาตามความจริง ระบายกับเพื่อนหรือคนที่ไว้ใจ ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การนอนพัก ฟังเพลง เล่นเกมส์ กินอาหาร ไปเที่ยว ออกกำลังกาย ทำงานบ้านหรือรับทำงานให้เสร็จ เร็วที่สุด

5.3 ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุนักศึกษามีความเครียด/ปัญหา เกี่ยวกับลักษณะชุมชน ความปลอดภัย การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การจัดการเวลาให้เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ การดูแลแบบองค์รวม การให้การพยาบาลที่เหมาะสม การซักประวัติและตรวจร่างกาย การวางแผนการพยาบาล การทำโครงการ การสอนสุขศึกษา การเตรียมความพร้อมและความรู้ การเตรียมเยี่ยมบ้าน การไปเยี่ยมบ้าน การตอบคำถามอาจารย์ การ Conference case การทำหัตถการ และการเข้ากับเพื่อน

5.4 ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุนักศึกษามีวิธีการเผชิญความเครียด/การเผชิญปัญหาโดยการหาความรู้หรืออ่านหนังสือ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อน การปล่อยให้อารมณ์เย็นลง การยอมรับกับปัญหา มีสติ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ระบายความรู้สึกกับเพื่อน ปรึกษาอาจารย์ประจำกลุ่ม หาแนวทางการแก้ไขทำงานให้เสร็จ ผ่อนคลายโดยหายใจเข้า-ออกเป็นจังหวะ ขอกำลังใจจากครอบครัว ให้กำลังใจตัวเอง มองโลกในแง่บวก และไปทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ร้องเพลง นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย จัดของจัดห้อง และหาของกิน เป็นต้น

5.5 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลในการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ คิดว่าตนเองเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทำให้เกิดสภาวะวิตกกังวลสูง นอกจากนี้ยังพบว่าบางส่วนมีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลา การฝึกปฏิบัติงาน ทำให้กังวลเกี่ยวกับความต่อเนื่องของการศึกษาแล้วไม่ได้ประสบการณ์ นักศึกษาต้องมีการหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรคโควิด-19 และแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้รู้เท่าทันและปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทำให้มีความเข้าใจและมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว เมื่อไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและได้นำความรู้ไปแนะนำผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุและครอบครัวในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ เมื่อนักศึกษาเผชิญกับสถานการณ์โรคซึ่งยังเป็นโรคใหม่ ทำให้ต้องมีการปรับวิธีการเยี่ยมผู้สูงอายุบางรายใช้การวิดีโอคอลและโทรศัพท์บางครั้งการวางแผนการพยาบาลด้านดูแลสิ่งแวดล้อม ครอบครัว วิธีการที่นักศึกษาติดต่อกับครอบครัวส่วนใหญ่คือการสัมภาษณ์โดยผ่านโปรแกรมไลน์ เฟสบุค และการให้สุขศึกษาและคำแนะนำให้โดยการทำสื่อวีดิทัศน์และการส่งข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ในช่วงมีการระบาดสูงขึ้น

อภิปรายผล

1. ระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง โดยเรื่องที่ทำให้นักศึกษา มีความเครียดขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ความเครียดในด้านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ลักษณะชุมชน ความปลอดภัย การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การจัดการเวลาให้เหมาะสม การสร้างสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การดูแลแบบองค์รวม การให้การพยาบาลที่เหมาะสม การซักประวัติและตรวจร่างกาย การวางแผนการพยาบาล การทำโครงการ การสอนสุขศึกษา การเตรียมความพร้อมและความรู้ การเตรียมเยี่ยมบ้าน การไปเยี่ยมบ้าน การตอบคำถามอาจารย์ การ Conference case การทำหัตถการ และการเข้ากับเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับ จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์และคณะ⁶ มีการศึกษาระดับของความเครียด สาเหตุของความเครียด วิธีการจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาลเมื่อมีความเครียด และเปรียบเทียบความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาแต่ละชั้นปี และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและการจัดการความเครียด ผลวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.70) สาเหตุของความเครียดมาจากกิจกรรมด้านการเรียนทั้งหมด สอดคล้องกับ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์และคณะ⁷ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล และสำรวจแนวทางการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียด ในระดับสูงเช่นกันจากผลการวิจัยอาจมาจากเป็นครั้งแรกที่นักศึกษาต้องลงฝึกปฏิบัติในชุมชนในครั้งแรกยังไม่มีประสบการณ์อีกทั้งการไปฝึกสัมผัสกับผู้ป่วยซึ่งมีช่องว่างระหว่างวัยมากอีกทั้งยังต้องเข้าไปพักในชุมชน

2. การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดมากที่สุด คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา นักศึกษามีวิธีการเผชิญความเครียด/การเผชิญปัญหา โดยการหาความรู้หรืออ่านหนังสือ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อน การปล่อยให้อารมณ์เย็นลง การยอมรับกับปัญหา มีสติ ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ระบายความรู้สึกกับเพื่อน ปกป้องอาจารย์ประจำกลุ่มหาแนวทางการแก้ไขงานให้เสร็จขอกำลังใจจากครอบครัว ให้กำลังใจตัวเอง มองโลกในแง่บวก ซึ่งสอดคล้องกับ วรณกร พลพิชัยและคณะ⁸ ที่ทำการเพื่อศึกษาความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และเปรียบเทียบความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล และวิธีการเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับปานกลางอธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องยอมรับกับสถานการณ์เนื่องจากเป็นรายวิชาในหลักสูตรจึงต้องหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อ ลดความเครียดและการขอความช่วยเหลือจากรุ่นพี่ที่เคยฝึกปฏิบัติมาก่อนเพื่อจะได้เตรียมรับกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

3. วิธีการจัดการกับปัญหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาผู้สูงอายุ โดยการหาข้อมูลสถานที่ สอบถามรุ่นพี่เกี่ยวกับการเก็บประสบการณ์ ลงพื้นที่ไปสำรวจ รพสต.และชุมชน ปกป้องเพื่อน ขอคำแนะนำจากอาจารย์ ทบทวนตัวเอง ยอมรับความจริง คิดในแง่บวก คิดว่าตัวเองต้องทำได้ มองหาทางออกและปัญหาตามความจริง ระบายกับเพื่อนหรือคนที่ไว้ใจ ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การนอนพัก ฟังเพลง เล่นเกมส์ กินอาหาร ไปเที่ยว ออกกำลังกาย ทำงานบ้านหรือรับทำงานให้เสร็จเร็วที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ วิไลพร ขำวงษ์และคณะ⁹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับสาเหตุ ของความเครียด และการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ผลการวิจัย พบว่าการจัดการความเครียด มีเพียงสองด้านที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่าระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ คือ การจัดการความเครียดโดยการระบายความรู้สึก

($r = 0.16$) และการทำกิจกรรมนันทนาการด้วยการฟังเพลง ($r = 0.11$) สอดคล้องกับ ตลนชา อีสริยานันท์, นวลโย พิศชาติ¹⁰ ที่ศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาใหม่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ผลการวิจัยพบว่า เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือการไปไม่ถึงเป้าหมายที่กำหนดโดยมีความเครียดในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 63.55 กล่าวทำงานผิดพลาดเป็นข้อที่มีความเครียดระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความเครียดในระดับสูงในหัวข้อจัดการความเครียดโดยพยายามระบายความเครียดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการฟังเพลง/เล่นเกมส์/ดูหนัง และให้กำลังใจตัวเองว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.44 เท่ากัน) และ กัญญาณัฐ เพ็ชรม่วงและคณะ¹¹ ศึกษาระดับความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการจัดการความเครียด เมื่อเกิดปัญหาจะพยายามระบายความเครียดหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการฟัง เพลง/เล่นเกมส์สอดคล้องกับ สิริทรัพย์ สีหะวงษ์และคณะ⁷ เพื่อศึกษาระดับความเครียด ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ในนักศึกษาพยาบาล และสำรวจแนวทางจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้มากที่สุดคือ การนันทนาการ รองลงมาคือ การปรึกษาผู้อื่น จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่านักศึกษาสามารถจัดการกับความเครียดในเชิงบวกและสมเหตุสมผลโดยการยอมรับการมองบวกหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากผู้มีประสบการณ์และจะเป็นพื้นฐานที่ดีที่สามารถนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้รายวิชาได้

การนำผลการศึกษาไปใช้

1. ในกลุ่มนักศึกษา ที่มีความเครียดระดับต่ำและปานกลางควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักศึกษามีการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม
2. ในกลุ่มนักศึกษาที่มีความเครียดระดับสูงและระดับรุนแรงหากเกิดความเครียดเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ควรมีการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตนักศึกษาเพิ่มเติมและจัดการให้คำปรึกษาในการปรับตัวเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหาในการเรียนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
3. การเผชิญความเครียดที่นักศึกษาพยาบาลใช้การจัดการกับความเครียดมากที่สุด คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหา ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ควรสนับสนุนการจัดการกับความเครียดแบบเหมาะสมกับปัญหาต่างๆ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการค้นหาที่มาของความเครียดที่เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาลที่มีความเครียดระดับสูงและความเครียดระดับรุนแรงเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการนำเสนอข้อมูลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการกับความเครียดที่ถูกต้อง
2. ในการตรวจสอบเครื่องมือควรใช้กลุ่มนักศึกษาพยาบาลของรัฐบาลที่มีรูปแบบกิจกรรมพิเศษ กฎระเบียบ ที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้เครื่องมือที่สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสมมากที่สุด
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในขณะฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลและมีการประเมินผลของโปรแกรมวิจัยนั้นด้วยเพื่อให้ได้รูปแบบกิจกรรมในการลดความเครียดของนักศึกษา

บรรณานุกรม

1. Lazarus RS, Launier R. Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin LA, Lewis M, Editors. Perspective in Interactional Psychology. New York: Plenum Press; 1978. p. 287-327. [cited 2020 Jan 12]. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12
2. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
3. มณฑา ลี้มทองกุล, สุภาพ อารีเอื้อ. แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. ราชกิจพยาบาลสาร. 2552;15:192-05.
4. Dunn SV, Hansford B. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. J of Advanced Nursing 1997;25:1299-306. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.19970251299.
5. Papp I, Markkanen M, Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perception concerning clinical learning experiences. Nurse Education Today 2003;23:262-8.
6. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา ดำมี, จันทราจิรา นิรมสุวรรณ, ชุติมา หมัดอะดัม, ศุภรัตน์ ละเอียดการ, สุชาติ โสภณ. ความเครียดการจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. ว. การพยาบาลและการศึกษา 2559;9:36-50.
7. สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ณิกานต์ ผ่องดี, ณัฐธิดา ยานะรมย์, ณัฐนรี น้อยนาง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ว. มฉก.วิชาการ 2561;21:93-106.
8. วรรณกร พลพิชัย, จันทรา อ้อยเอ็ง. การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. ว. นาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2561;10:94-106.
9. วิไลพร ขำวงษ์, สุดคะนิง ปลั่งพงษ์พันธ์, ทานตะวัน แยมบุญเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับ สาเหตุของความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบัน พระบรมราชชนก. ว. วิจัยทางวิทยาศาสตร์ 2559;10:78-7.
10. ดลนชา อีสริยภานันท์, นวลใย พิศชาติ. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาใหม่คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร. ว. การแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2564;29:371-8.
11. ญญาณัฐ เพ็ชรผ่อง, จุฬามาศ เทพพิทักษ์ , ทรรศนีย์ บัวมาต, ทิพวรรณ คำล้ำน, อัญญารัตน์ พูนทองเสน, ธาดารัตน์ ลำสวย, เบญญาภา ยิ่งแก้ว และ ไตรตรีแพน้อย. ความเครียดและการ จัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. ใน: ประชุมวิชาการระดับชาติการเรียนรู้เชิงรุก ครั้งที่ 6 “Active Learning ตอบโจทย์ Thailand 4.0 อย่างไร”; วันที่ 26-27 มีนาคม 2561”สุราษฎร์ธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย

Received: 3 September 2022

Revised: 14 November 2022

Accepted: 30 December 2022

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ ปร.ด.¹ สุชาดา บุญธรรม พย.ม.¹วิวรรธณี ตู้ประดับ นร.พ.³ สุนิสา แสนสวัสดิ์ นร.พ.³หทัยชนก หวานผล นร.พ.³ อภิภาวดี เตียนสิงห์ นร.พ.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย และประเมินความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) สุ่มอย่างง่าย และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ ด้วยวิธีการจับคู่ เครื่องมือวิจัยคือนวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ คู่มือการใช้นวัตกรรม แบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที่ Independent t-test และไคสแควร์ (Chi-square test) ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, $SD = .21$)

บุคลากรทางด้านสุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนควรร่วมใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของเด็กในการเรียน

คำสำคัญ : นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก เด็กปฐมวัย

The effectiveness of using magic box innovation to promote fine motor development skills in early childhood

Atcharawadee Sriyasak¹, Suchada Boontham¹,
Wiwantanee Toopradab,² Sunisa Sansawad²,
Hathaichanok Wanpon² Apipawadee Tiansing²

Abstract

This was a quasi-experimental research, two group pretest –posttest design. The aim was to compare before and after using magic box innovation to promote fine motor development skills in early childhood and to evaluate satisfaction in using magic box innovation to promote fine motor development skills. The purposive samples involved 60 child caregivers. Matched paired was used to separate to experiment and control group. The tools used in the experiment were magic box innovation, guideline to use innovation, the ability to use fine

¹ Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*Corresponding author, E-mail: atcharawadee@pckpb.ac.th

motor development questionnaire, and satisfaction of using magic box innovation questionnaire. Content validity was used by 3 experts with Cronbach's alpha at .87. Descriptive statistic and independent samples t-test were used for data analysis.

The result revealed that experiment group had high scored on fine motor development skills significantly ($p < 0.001$) after using magic box innovation. The overall satisfaction of using magic box innovation was at the high level (Mean = 4.30, SD = 0.21). Recommendations, this magic box innovation should be used in day care center and school to promote fine motor development in early childhood for preparedness to go to school.

Keywords: Magic box innovation, Fine motor development skills, Early childhood

บทนำ

เด็ก คือทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติ นอกจากนั้นเด็กยังเป็นผู้สืบทอดคุณความดีงาม เป็นผู้ซึ่งนำไปสู่การต่อยอดและการเปลี่ยนแปลงความเป็นไปของประเทศชาติในอนาคต¹ จากสถิติองค์การอนามัยโลก พบว่าร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก มีพัฒนาการที่ผิดปกติ² การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยทั้ง 6 ครั้ง³ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2442, 2447, 2550, 2553, 2557, 2560 ยังคงที่และมีแนวโน้มลดลง ที่ร้อยละ 71.70, 72.00, 67.70, 73.40, 72.00, 67.50 และ 63.16 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ายังไม่บรรลุค่าเป้าหมายตามแผนแม่บทภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติประเด็น ศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตที่กำหนดเป้าหมายเด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยจากเขตศูนย์อนามัยที่ 5 ในปี พ.ศ.2564 พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 60.61 และส่งสัยล่าช้าร้อยละ 39.39 สำหรับจังหวัดเพชรบุรี เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 75 ส่งสัยล่าช้าร้อยละ 25⁴ กระทรวงสาธารณสุข ได้นำคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) มาใช้ในการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน 5 ด้าน⁵ จากการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย วัดแนวโน้มพัฒนาการเด็กปฐมวัยของประเทศไทย พบว่าเด็กไทย 1 ใน 4 หรือร้อยละ 25 มีพัฒนาการไม่สมวัย โดยพัฒนาการเด็กไม่สมวัยที่พบมากที่สุดคือพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 75.2 พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 60.1 และ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) ร้อยละ 47⁶

หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 มุ่งพัฒนาเด็กทุกคนให้ได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ได้รับการจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างมีความสุขและเหมาะสมตามวัย มีทักษะชีวิต โดยเฉพาะพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กเป็นทักษะการใช้มือ นิ้วมือ การประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตา และความคล่องแคล่ว⁷ กล้ามเนื้อมัดเล็ก เป็นพัฒนาการทางกายอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญมากเพราะหมายถึงการสร้างเสริมความสามารถในการหยิบจับ ชีดเขียน และทำกิจกรรมที่ใช้กล้ามเนื้อนิ้วมือ เพราะจะส่งเสริมเด็กปฐมวัยในการทำกิจกรรมที่สำคัญได้แก่ การเขียนหนังสือ การจัดกระทำ หยิบจับ ปั่นแต่งสิ่งต่าง ๆ การส่งเสริมความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ไม่เพียงแต่พัฒนากล้ามเนื้อนิ้วมือให้แข็งแรงเท่านั้น แต่ยังเป็นส่งเสริมความสามารถในการใช้สายตากับมือให้มีความสัมพันธ์กันด้วย⁸ การพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็กให้แข็งแรง เป็นการส่งเสริมเด็กให้มีความพร้อมลากลิลามือซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการเขียน เพราะความคล่องแคล่วของกล้ามเนื้อนิ้วมือ มีความสัมพันธ์กับการเขียนของเด็ก ซึ่งกิจกรรมหรืออุปกรณ์ที่ช่วยส่งเสริมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กกับสายตาให้ประสานสัมพันธ์กัน ได้แก่ การร้อยลูกปัด การร้อยเชือก ร้อยดอกไม้ เย็บกระดุม รูดซิป เรียงสี เรียงไม้หนีบ ปักหมุด ตอกตะปู เป็นต้น⁹

จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กพบว่า การส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาตามคู่มือ DSPM มีความยากลำบากในการจัดหาอุปกรณ์ และต้องใช้อุปกรณ์หลายชิ้น ยากต่อการพกพา การหยิบใช้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดทำนวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาขึ้นมา โดยได้นำ แนวคิดทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ

(Discovery learning) ของ บรุนเนอร์ (Bruner)¹⁰ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House)¹¹ มาประยุกต์ใช้การเรียนรู้ตามแนวคิดของบรุนเนอร์ แบ่งเป็น 3 ชั้น ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ด้วยการกระทำ (Enactive representation) ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเล่นสร้างสรรค์ให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่เกิดจากประสาทสัมผัส การดูเป็นแบบอย่างและปฏิบัติตาม 2) การเรียนรู้ด้วยการลงดู และจินตนาการ (Iconic representation) เป็นขั้นที่เด็กเรียนรู้ในการมองเห็นและการใช้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ จากกิจกรรมในวัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์ และ 3) การเรียนรู้โดยการใช้สัญลักษณ์ (Symbolic Representation) เด็กสามารถเข้าใจการเรียนรู้สิ่งที่เป็นนามธรรมต่าง ๆ ได้จากสัญลักษณ์ สีสันทันที่แตกต่างออกไปในแต่ละกิจกรรมของวัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์นอกจากนั้นบรุนเนอร์ เชื่อว่า ผู้เรียนเริ่มต้นเรียนรู้จากการกระทำ เพื่อให้สามารถจินตนาการ สร้างภาพในใจหรือสร้างความคิดขึ้นได้เอง แล้วจึงค่อยพัฒนาถึงขั้นการคิด และเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรมมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดของบรุนเนอร์¹⁰ จึงควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ การจัดลำดับเนื้อหาให้สอดคล้องกับระดับขั้นของการรับรู้และความเข้าใจของผู้เรียน ในการเรียนการสอนนั้น ทั้งผู้เรียนและผู้สอนต้องมีความพร้อม มีแรงจูงใจ และมีความสนใจ และควรจัดลักษณะและชนิดของกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับวัยและความสามารถของผู้เรียน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional concern) โดยการจัดกิจกรรมให้เด็กได้เล่นวัตรกรรมร่วมกับผู้สอน ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแล ให้เด็กได้สัมผัสถึงความรัก ความรู้สึกผูกพันร่วมกันในการฝึกพัฒนาการ 2) วัตถุประสงค์ของ (Instrumental) ผู้วิจัยได้มอบวัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กในรูปแบบที่สามารถจับต้องได้ง่าย 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) เป็นการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กได้ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยได้อย่างถูกต้อง และมีพัฒนาที่สมวัย 4) การประเมิน สะท้อนคิด (Appraisal) ความคิดเห็นของผู้ปกครอง เพื่อนำข้อคิดเห็น ต่าง ๆ ไปสู่การแก้ไขและพัฒนาต่อไป

วัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์เป็นวัตรกรรมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กที่ขึ้นมาโดยใช้วัสดุอุปกรณ์ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายมาประดิษฐ์ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสะดวกในการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้วัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กในการใช้วัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์ส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็ก

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ (discovery learning) ของบรุนเนอร์¹⁰ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)¹¹ โดยทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ (discovery learning) ของบรุนเนอร์¹⁰ แบ่งการเรียนรู้ออกเป็น 3 ชั้น คือ 1) การเรียนรู้ด้วยการกระทำ (Enactive representation) เป็นขั้นเรียนรู้ที่เกิดจากประสาทสัมผัสเกิดในช่วงเด็กอายุ 2 ปี 2) การเรียนรู้ด้วยการลงดู และจินตนาการ (Iconic representation) เป็นขั้นเรียนรู้ในการมองเห็นและใช้ประสาทสัมผัส 3) การเรียนรู้โดยการใช้สัญลักษณ์ (Symbolic representation) เป็นขั้นเรียนรู้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นนามธรรม และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)¹¹ แบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร 3) แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร และ 4) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ (discovery learning) ของบรุนเนอร์¹⁰ มาใช้ในการแผนการจัดกิจกรรมโดยใช้วัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์เพื่อเสริมสร้างจินตนาการและการเรียนรู้ตามขั้นการเรียนรู้ทั้ง 3 ชั้นของบรุนเนอร์¹⁰ และนำทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม¹¹มาใช้ คือ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยให้ผู้ดูแลกระตุ้น ส่งเสริมกำลังใจเด็กปฐมวัยในการพัฒนาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก 2) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร โดยการให้ความรู้ในการพัฒนาพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัยแก่ผู้ดูแล 3) แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร โดยผู้วิจัยให้วัตรกรรมกลุ่มมหัศจรรย์แก่ผู้ดูแลเพื่อพัฒนาพัฒนาการ

กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย และ4) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ดังแผนภาพที่ 1 โดยผู้วิจัยเข้าไปติดตามและประเมินผลร่วมกับผู้ดูแลทุกสัปดาห์เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป^{12,13} ในกรณีที่ประเมินพัฒนาการครั้งแรกไม่ผ่านจะให้ฝึก 4 สัปดาห์และประเมินใหม่อีกครั้งกรณีที่ประเมินไม่ผ่านจะส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ ตามทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ ของ บรุนเนอร์⁹ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)¹⁰ ประกอบด้วย

1. การเรียนรู้ด้วยการกระทำ (Enactive representation) เป็นขั้นเรียนรู้ที่เกิดจากประสาทสัมผัส
2. การเรียนรู้ด้วยการลงดูและจินตนาการ (Iconic representation) เป็นขั้นเรียนรู้ในการมองเห็นและใช้ประสาทสัมผัส
3. การเรียนรู้โดยการใช้สัญลักษณ์ (Symbolic representation) เป็นขั้นเรียนรู้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นนามธรรม โดยในแต่ละขั้นของการเรียนรู้จะให้แรงสนับสนุนด้านอุปกรณ์ คือนวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ ประกอบไปด้วยกิจกรรมส่งเสริมกล้ามเนื้อมัดเล็ก 7 ชนิด ได้แก่

1. กระดานเขียนวาดรูป
2. ร้อยเชือก
3. จับคู่รูปทรง
4. เลื่อนเม็ตสี
5. หนีบผ้า
6. ตกปลา
7. รถลาก

พัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย

1. ด้านความคล่องแคล่ว
2. ด้านความสามารถควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็ก
3. ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับตา

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในโรงเรียนเทศบาล 3 วัดจันทราวาส และโรงเรียนบ้านในดง

ผู้ดูแล หมายถึง บิดามารดาหรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน

พัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก หมายถึง การใช้มือ การหยิบจับ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการที่เด็กจะพัฒนาการ การเขียน การทำงานในชีวิตประจำวัน และการช่วยเหลือตัวเอง

นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ หมายถึง กล่องของเล่นที่ใช้สำหรับการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กเน้นการใช้มือ การหยิบจับโดยประกอบไปด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย 7 กิจกรรมได้แก่ 1) กระดานเขียนวาดรูป 2) ร้อยเชือก 3) จับคู่รูปทรง 4) เลื่อนเม็ตสี 5) หนีบผ้า 6) ตกปลา และ 7) รถลาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีรูปแบบการทดลอง 2 กลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่เข้ารับการศึกษาระดับชั้นอนุบาลในโรงเรียนจังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (อายุ 3-5 ปี) ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่ายได้โรงเรียนเทศบาล 3 ชุมชนวัดจันทราวาส และโรงเรียนบ้านในดง จำนวน 60 คู่ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power ที่กำหนดการทดสอบ t-test แบบวัดค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนด Effect Size 0.72¹⁴, α Error Probability 0.05 และ β Error Probability 0.80 ได้ผลการคำนวณได้ค่าอำนาจการทดสอบตามความเป็นจริง (Actual Power of Analysis) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20¹⁵ ได้ตัวอย่างวิจัยกลุ่มละ 30 คู่ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คู่ และใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า(Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่เรียนในโรงเรียนเทศบาล 3 ชุมชนวัดจันทราวาส และโรงเรียนบ้านในดง 2) เป็นผู้ดูแลหลักและอยู่กับเด็กอย่างน้อย6เดือนขึ้นไป 3) เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือ DSPPM ที่ผ่านการประเมิน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ดูแลเด็กย้ายภูมิลำเนา 2) ผู้ดูแลเด็กมีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเช่น อุบัติเหตุทำให้เกิดความพิการ โรคเรื้อรังที่จะต้องมีการรักษายาวนานระหว่างการศึกษาคั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการสอนแบบค้นพบ (discovery learning) ของบรุนเนอร์¹⁰ และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support theory)¹¹ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กซึ่งเป็นกิจกรรมที่แตกต่างจากคู่มือ DSPPM ที่จะช่วยพัฒนา ความคล่องแคล่ว ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อเล็ก และ การประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับตาประกอบไปด้วย กิจกรรม 7 ชนิด คือ 1) กระดาษเขียนวาดรูป 2) ร้อยเชือก 3) จับคู่รูปทรง 4) เลื่อนเมตสี 5) ทนบีผ้า 6) ตกปลา 7) รถลาก ที่ออกแบบให้ฝึกทำกิจกรรมดังกล่าวเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.91 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ในเด็กที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 รายเพื่อดูความเป็นไปได้ก่อนนำมาทดลองมีรายละเอียดดังนี้

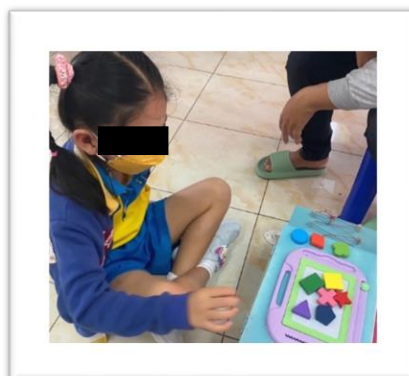
กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ทำแบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กก่อนใช้นวัตกรรม กิจกรรมการตั้งเป้าหมายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ สอนวิธีการฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กตามคู่มือ และมอบนวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ สำหรับใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กที่บ้าน ซึ่งนวัตกรรมออกแบบเป็นรูปรถ 1 ชิ้นแต่มีกิจกรรมดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสะดวกในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กวันละ 30 นาที – 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2-7 ให้ผู้ดูแลให้เด็กเล่นนวัตกรรมที่ออกแบบและสรุปผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามแบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กทุกสัปดาห์ ผ่านทางไลน์กลุ่มเพื่อติดตามปัญหาอุปสรรคและแก้ไขปัญหาการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่อให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กหลังใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์และประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

กลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็ก และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามปกติจากทาง

โรงเรียนและผู้ดูแลเด็กตามคู่มือ DSPM นัดพบกลุ่มควบคุมในอีก 8 สัปดาห์เพื่อประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก



ภาพที่ 1 ตัวอย่างกล่องมหัศจรรย์ส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่าง

2.2 แบบประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือและดัดแปลงจากผากานต์ น้อยเนียม¹⁶ มีจำนวน 18 ข้อผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยคำนวณหาค่าความเที่ยงตรง (content validity index: CVI) ได้ 0.91 เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมภายในระยะเวลา (นาที) แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก 2) ด้านความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็ก และ 3) ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับตา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

3 คะแนน หมายถึง กรณีเด็กใช้ระยะเวลา 0.01-1.00 นาที

2 คะแนน หมายถึง กรณีเด็กใช้ระยะเวลา 1.01-2.00 นาที

1 คะแนน หมายถึง กรณีเด็กใช้ระยะเวลา 2.01-3.00 นาที

0 คะแนน หมายถึง กรณีเด็กใช้ระยะเวลา > 3.00 นาที

การแปลผลระดับของความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กกำหนดการแปลผลในภาพรวมและจำแนกรายด้านตามเกณฑ์ของ (ผากานต์ น้อยเนียม, 2556)¹⁶ ดังต่อไปนี้

การแปลผลระดับของความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในภาพรวม

45-54 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในระดับดีมาก

34-44 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในระดับดี

23-33 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในระดับปานกลาง

12-22 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในระดับพอใช้

0-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในระดับปรับปรุง

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีจำนวน 10 ข้อเป็นแบบ likert scale เกณฑ์ในการประเมินเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ท¹⁷ โดยถือเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

แปลความหมาย

4.51–5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.51–4.50	พึงพอใจมาก
2.51–3.50	พึงพอใจปานกลาง
1.51–2.50	พึงพอใจน้อย
1.00 –1.50	พึงพอใจน้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (เลขที่ PCKCN REC No.05/2565) เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยขออนุญาต โรงเรียนเก็บรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ก่อนเข้าโปรแกรม และได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ในกรณีที่ผลการประเมินไม่ผ่าน ซึ่งผู้วิจัยจะรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ และมีการช่วยเหลือส่งต่อในกรณีที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า เผยแพร่เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการส่งเสริมพัฒนาการและภายหลังการทดลองถ้านวัตกรรมออกมามีกลุ่มควบคุมจะได้รับนวัตกรรมกลุ่มมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ได้รับ

การรวบรวมข้อมูล ใช้การจัดฉากคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากโรงเรียนอนุบาลจาก 59 แห่ง ได้โรงเรียนเทศบาล 3 ชุมชนวัดจันทราวาสเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนบ้านในดงเป็นกลุ่มควบคุม และคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยผู้วิจัยใช้วิธีการจับคู่ที่ละคู่ (Match paired) ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง แล้วเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบประเมินความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย และการนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลกับตัวอย่างวิจัยไปพร้อม ๆ กันทั้ง 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กในเด็กปฐมวัย ด้วยการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent Sample t-Test) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการพิจารณาจากค่า Kolmogorov–Smirnov test = .78 ซึ่งมีค่ามากกว่า .05 จึงสรุปได้ว่า ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality)

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมครบตามกำหนดทั้ง 60 คู่ เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลพบวากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะไม่แตกต่างกันรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ของผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n1 = 30)		กลุ่มควบคุม (n2 = 30)		รวม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							.243 ^{ns}
ชาย	6	20.00	10	33.33	16	26.67	
หญิง	24	80.00	20	66.67	44	73.33	
อายุ							.765 ^{ns}
3 ปี - 3 ปี 6 เดือน	4	13.33	3	10.00	7	11.67	
3 ปี 7 เดือน - 4 ปี	4	13.33	3	10.00	7	11.67	
4 ปี 1 เดือน - 4 ปี 6 เดือน	10	33.34	9	30.00	19	31.67	
4 ปี 7 เดือน - 4 ปี 11 เดือน	5	16.67	6	20.00	11	18.33	
ผู้ดูแลเด็ก							.347 ^{ns}
บิดา-มารดา	22	73.33	25	83.33	47	78.33	
ญาติใกล้ชิด	8	26.67	5	16.67	13	21.67	
ระดับการศึกษา							.300 ^{ns}
มัธยมศึกษา	17	56.67	20	66.67	37	61.67	
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	3	10.00	5	16.67	8	13.33	
ปริญญาตรี	10	33.33	5	16.67	15	25.00	

ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ns = non-significant

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าใช้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ .97 (S.D. = .19) กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.07 (S.D. = .21) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (\bar{X} = 2.27, S.D. = .26) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} = 1.35, S.D. = .31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมใช้โปรแกรมกลุ่มมหัศจรรย์

ค่าเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง (n1 = 30)		กลุ่มควบคุม (n2 = 30)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.97	.19	1.07	.21	- .42	.34 ^{ns}
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.27	.26	1.35	.31	12.57	.000 ^{***}

ns = non-significant *** p-value < .001

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัยกลุ่มทดลอง หลังการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์มีค่าเฉลี่ย ด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ($\bar{X} = 2.19$, S.D. = .29) ด้านการควบคุมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ($\bar{X} = 2.35$, S.D. = .23) ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตา ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = .27) ดีกว่าก่อนใช้นวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .001$ (ด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ($\bar{X} = .83$, S.D. = .19) ด้านการควบคุมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ($\bar{X} = 1.17$, S.D. = .18) ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตา ($\bar{X} = .86$, S.D. = .21)) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์

ค่าเฉลี่ย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก	.83	.19	2.19	.29	12.57	.000***
ด้านการควบคุมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก	1.17	.18	2.35	.23	12.94	.000***
ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือและตา	.86	.21	2.24	.27	111.64	.000***

*** $P\text{-value} < .001$

ผู้ใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .21) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ นวัตกรรมช่วยให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กได้มากขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = .498) และนวัตกรรมช่วยให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กไปในทางที่ดีขึ้นในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = .499) ข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ด้านความทนทานของวัสดุที่พัฒนาใหม่ ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = .47) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเหมาะสมของวัสดุที่ใช้งาน	4.07	.74	มาก
2. ขนาดของชิ้นผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาใหม่	4.33	.76	มาก
3. น้ำหนักของชิ้นผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาใหม่	4.43	.73	มาก
4. รูปร่างของเล่นมีความเหมาะสมสำหรับการเล่น	4.33	.76	มาก
5. ด้านสีสันทันมีความเหมาะสมในการเล่นและสร้างความสนใจของเด็ก	4.50	.51	มากที่สุด
6. ด้านความทนทานของวัสดุที่พัฒนาใหม่	3.30	.47	ปานกลาง
7. นวัตกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กได้ดีขึ้น	4.60	.49	มากที่สุด
8. นวัตกรรมช่วยให้ท่านสามารถนำความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กได้เพิ่มมากขึ้น	4.23	.68	มาก
9. นวัตกรรมช่วยให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กไปในทางที่ดีขึ้น	4.60	.49	มากที่สุด
10. นวัตกรรมช่วยให้ท่านสามารถรับรู้เกี่ยวกับการพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กเพิ่มมากขึ้น	4.57	.50	มากที่สุด
รวม	4.30	.21	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

1. หลังการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าเด็กได้รับการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Bruner¹⁰ 3 ชั้นคือ การเรียนรู้ด้วยการกระทำ การเรียนรู้ด้วยการลงมือและจินตนาการ และการเรียนรู้โดยการใช้สัญลักษณ์ ผ่านกิจกรรม 7 กิจกรรมได้แก่ 1) กระดานเขียนวาดรูป 2) รอยเชือก 3) จับคู่รูปทรง 4) เลื่อนเม็ดสี 5) หนีบผ้า 6) ตกปลา และ 7) รถลาก ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์¹¹ ที่มีการสนับสนุนกล่องมหัศจรรย์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กได้ใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้สะดวก นอกจากนี้การติดตามให้ผู้ดูแลเด็กได้ส่งผลเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กทุก 1 สัปดาห์ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ช่วยส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤทัย คำพะริก นนทชนนปภพ ปาสิณทร ทองสุข วันแสน และศิริพร อยู่ประเสริฐ⁷ ที่ใช้กิจกรรมการปั้นสร้างสรรค์ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่าเด็กวัยอนุบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์มีค่าเฉลี่ยความสามารถการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็กและการใช้ภาษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับกฤษณา รักนุช¹⁸ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาชุดกิจกรรมสร้างสรรค์ตามแนวคิดของ Gesell เพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของนักเรียนระดับปฐมวัยพบว่านักเรียนทุกคนมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กโดยใช้ชุดกิจกรรมสร้างสรรค์ตามแนวคิดของ Gesell¹⁹ มีคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินความสามารถการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็กเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยมีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1.1 ด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อเล็ก กลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านความคล่องแคล่วการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมร้อยเชือกผ่านรูจำนวน 6 รู หนีบผ้ากับตัวแขวน 9 ตัวเป็นการออกแบบกิจกรรมให้เด็กได้ใช้มือและนิ้วมือทั้งสองข้างซึ่งเป็นกล้ามเนื้อเล็กในการทำกิจกรรม ทำให้เด็กกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านความคล่องแคล่วในการใช้กล้ามเนื้อเล็กได้ดีกว่าดังที่ Bruner (Bruner)¹⁰ และจีเซล (Gesell)¹⁹ ได้กล่าวไว้ว่า เด็กเรียนรู้การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อเล็กจากการสัมผัส

1.2 ด้านความสามารถควบคุมการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็ก พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถควบคุมการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมตกปลาจำนวน 6 ตัว เลื่อนเม็ดสีได้ถูกต้องตามกลุ่มสีได้ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเด็กต้องใช้กล้ามเนื้อเล็กในการควบคุมเบ็ดที่ใช้ตกปลาเด็กเป็นผู้กระทำการเล่นมือ ต้องนั่งและมีสมาธิ และกิจกรรมการเลื่อนเม็ดสีเพื่อตกปลาให้ได้จำนวนภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงเป็นการส่งเสริมความสามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเล็กได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

1.3 ด้านการประสานสัมพันธ์ระหว่างมือกับตา พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถควบคุมการใช้ทักษะกล้ามเนื้อเล็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมวาดรูปบนกระดานเขียนวาดรูป จำนวน 1 รูป จับคู่รูปทรงเรขาคณิต 3 แบบ และลากรถลากไปในระยะทาง 1 เมตรได้ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวช่วยฝึกความมั่นคงของการใช้มือ นิ้วมือ และการประสานสัมพันธ์ที่ศีรษะระหว่างมือกับตา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี จันทรโสภา⁹ การประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อตาและมือจะทำให้สามารถพัฒนาทักษะในการเขียน การวาด และการจับวัตถุเล็ก ๆ หรืออุปกรณ์

2. ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D. = .21) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ นวัตกรรมช่วยให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการใช้กล้ามเนื้อเล็กของเด็กได้มากขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = .498) และนวัตกรรมช่วยให้ท่านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของเด็กไปในทางที่ดีขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = .499) ซึ่งสอดคล้องกับผลการใช้นวัตกรรมในกลุ่มทดลอง และจากการสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่า

นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์มีอุปกรณ์ที่ช่วยฝึกพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กที่สะดวกและง่ายในการนำอุปกรณ์ไปให้เด็กเล่นเมื่อออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน จึงช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กได้อย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิริยาภรณ์ สุวัฒน์สวัสดิ์, กนกวรรณ ศิริพรรณ และกัลยา ศรีมหันต์²⁰ ที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยโปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีพัฒนาการสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.81, p < .05$)

สรุปผลการวิจัย

นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัยช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นวัตกรรมกล่องมหัศจรรย์ควรนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กในโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อเล็ก
2. ควรพัฒนาและส่งเสริมบุคลากรในทีมสุขภาพ และครูในโรงเรียนให้สามารถพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กในเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาวัตกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่น ๆ เช่นด้านกล้ามเนื้อใหญ่ การใช้ภาษา การเข้าใจภาษา
2. ควรมีการเพิ่มการติดตามพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กจาก 8 สัปดาห์ เป็น 12-15 สัปดาห์เพื่อดูความต่อเนื่องของพัฒนาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ดูแลเด็กและเด็กปฐมวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. จิตติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2559; 1(2): 18-33.
2. WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. จินตนา พัฒนพงษ์ธรและคณะ. รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี : กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561
4. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. การศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/06-4052-20210604082726/b1a97b658f08dd94d80071eea0122611.pdf>
5. สมัย ศิริทองถาวร. การพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 3-12.
6. สถาบันพัฒนาเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์พัฒนาการ เด็กไทยการสุ่มสำรวจ ปี 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://nich.anamai.moph.go.th/download/DSPM/random1_12_2017.pdf

- 7.ดวงฤทัย คำพะรัง, นนทชนนภพ ปาลินทร์, ทองสุข วันแสน และศิริพร อยู่ประเสริฐ. การพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กปฐมวัย โดยใช้กิจกรรมการปั้นสร้างสรรค์. วารสารแสงอีสาน มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตอีสาน. 2562; 16(2): 484-498.
8. Moyses K. Building fine motor skills and why it matters. 2016. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.canr.msu.edu/news/building_fine_motor_skills_and_why_it_matters
9. สาวิตรี จันทร์โสภาก. การประดิษฐ์ของเล่นสำหรับเด็กจาก (วัสดุรีไซเคิล). วิทยานิพนธ์การศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการศึกษาปฐมวัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ศูนย์นครราชสีมา.2561.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://wbscport.dusit.ac.th/artefact/file/download.php?file=328634&view=193406>
10. Bruner JS. Toward a Theory of Instruction, Cambridge, Mass: Belkapp Press; 1966.
11. House JS. The nature of social support in M.A. Reading (Ed.), Work stress and social support. California: Addison–Wesley; 1981.
- 12.Phillips LA, More KR. Evaluating behavior change factors over time for a simple vs. complex health behavior. Front Psychol 2022; 8; 13:962150.
- 13.Lally P, Van Jaarsveld P, Plotts H, Wardle, J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. Eur. J. Soc. Psychol 2010;40, 998–1009.
14. สิริพรรณ ลีชะวราคุณ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. ผลของการจัดกิจกรรมดนตรีตามแนวคิดมิวสิกฟอร์ลิตเติลโมสาร์ทที่มีต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวประกอบจังหวะของเด็กก่อนอนุบาล. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา 2557; 9(4): 352-364.
15. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. World Health Organization. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 1990.
16. ผกาภาณต์ น้อยเนียม. ความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กอายุ4-5ปีที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะสร้างสรรค์ด้วยดิน [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ir.swu.ac.th>
17. บุญชม ศรีสะอาด. การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2546
18. ฤชณา รักนุช. การพัฒนาชุดกิจกรรมสร้างสรรค์ตามแนวคิดของ Gesell เพื่อพัฒนาความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของนักเรียนระดับปฐมวัย. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2560.
19. Thelen E, Adolph K. Arnold L. Gesell: The paradox of nature and nurture. In Parke RD, Ornstein PA, Rieser JJ, Zahn-Waxler C, editors, A century of developmental psychology. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
20. วิริยาภรณ์ สุวัฒน์สวัสดิ์, กนกวรรณ ศิริพรรณ และกัลยา ศรีมหันต์. การส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมการเรียนรู้:ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; 3(2): 121-132.

ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ปนิดา พุ่มพุด พย.ม.¹ ขวัญตา ภูริวิททยาธิระ พย.ม.²

Received: 19 October 2022

Revised: 12 December 2022

Accepted: 30 December 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental) เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ และความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 จำนวน 95 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลทุกคน ผ่านการประเมินการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ
2. นักศึกษาพยาบาล มีความพึงพอใจในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (\bar{X} =4.52, S.D.= 0.52)
3. ผลการสนทนากลุ่ม พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความรู้สึกมั่นใจ และความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นทัศนคติที่ดีขึ้น

ดังนั้นจากผลการวิจัยจึงเห็นได้ว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะ มีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงได้มากขึ้น

คำสำคัญ: การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาพยาบาล การพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

The Effects of Simulation-Based Learning for Preparation of Mental Health and Psychiatric Practicum in Nursing Students.

Panida pumput¹ Kwanta Puriwitthayatra²

Abstract

This Quasi – experimental study aimed . To study the effects of simulation-based learning for preparation of mental health and psychiatric practicum in nursing students. The sample consisted of 95 third-year undergraduate nursing students. Data were collected by using a satisfaction questionnaire and group discussion. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The results of the study found that:

- 1.All nursing students passed the assessment preparation prior to study in mental health and psychiatric practicum.

Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author, E-mail: bpanida@bcnsurat.ac.th

2. Nursing students had high satisfaction in participating in the simulation-based learning for preparation of mental health and psychiatric practicum. (\bar{X} =4.52, S.D.= 0.52)

3. The results of the group discussion found that nursing students were confident and ready to practice in mental health and psychiatric nursing practicum. Their attitudes toward patients with psychiatric disorders were also improved.

Therefore, the simulation-based learning for preparation of mental health and psychiatric practicum can be used to develop students' confidence in real-life practice.

Keywords: Simulation-Based Learning, mental health and psychiatric practicum , Nursing students

บทนำ

การพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) และบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและวัฒนธรรมที่หลากหลาย เป็นปรัชญาการจัดการศึกษาของ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีความเชื่อว่า การจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ⁸ ในส่วนของการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ นั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษามีความสามารถในทางปฏิบัติการพยาบาล เพราะเป็นการ ศึกษาที่ต้องลงมือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมาย ส่งเสริมนักศึกษาให้มีทักษะในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

นักศึกษาพยาบาลต้องศึกษาเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์และการลงมือปฏิบัติจริงกับชีวิตมนุษย์ ซึ่งต้องใช้ความรอบคอบระมัดระวัง และรับผิดชอบอย่างสูง เพราะการผิดพลาดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ นักศึกษาพยาบาลจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดสูงกว่านักศึกษาในวิชาชีพอื่นๆ² อีกทั้งถ้านักศึกษาพยาบาลปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ ความทุกข์ใจเกิดความวิตกกังวลและความเครียด มีผลให้ประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยลดลง ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาแนวทางในการจัดการเรียนการสอนร่วมกัน เพื่อให้การศึกษาดังกล่าวเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ส่งผลต่อคุณภาพที่ดีของทั้งผู้สอน ผู้เรียน และต่อผู้ป่วย ทำให้นักศึกษาพยาบาลเองก็มีความพร้อมในระดับสูงต่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงานกลุ่ม และมีความพร้อมในการแก้ไขปัญหาได้ดี¹⁵ การจัดการเรียนการสอนสิ่งที่สำคัญ คือ ความพร้อม เพราะ ถ้านักศึกษามีความพร้อมทั้งด้านความรู้ และจิตใจ จะมีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ได้เร็ว มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาจึงถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อม สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกหัดให้มีประสบการณ์มากขึ้น โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็น เพื่อช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วย และถ้านักศึกษาปรับตัวได้ จะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีความสุข ประสบความสำเร็จในการศึกษาสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป¹³

การจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ ผู้สอนจึงต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากสภาพหรือเหตุการณ์ที่เป็นจริง เพื่อให้นักศึกษาได้เห็น สังเกตและลงมือปฏิบัติจริงด้วยตนเอง และยังเป็นเตรียมให้นักศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการฝึกปฏิบัติอย่างมีทักษะ และมีความสามารถในการซักประวัติ วิเคราะห์อาการ และสรุปปัญหาทางการพยาบาล นำไปสู่การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ และบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ของรายวิชานั้นๆ วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นรายวิชาในหลักสูตรการศึกษานิติศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มวิชาชีพ มีการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาประยุกต์ความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวช ในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจากประสบการณ์การ

จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในรายวิชานี้ที่ผ่านมา พบว่านักศึกษาพยาบาลยังรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกเครียด และวิตกกังวล ในการที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อความไม่กล้าในการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการฝึกปฏิบัติ เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชา นักศึกษามีความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเตรียมความพร้อม ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลบนหอผู้ป่วยของนักศึกษา พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนเชิงรุกที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญอีกวิธีหนึ่ง ที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนลงไปเล่นในสถานการณ์ที่มีบทบาท ข้อมูล และกติกากการเล่นที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ โดยข้อมูลที่มีสภาพคล้ายกับข้อมูลในความเป็นจริง เพื่อการตัดสินใจและการแก้ปัญหาต่างๆ ซึ่งการตัดสินใจนั้นจะส่งผลถึงผู้เรียนในลักษณะเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง³ สถานการณ์จำลองเป็นกิจกรรมที่จำลองความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมในคลินิก และถูกออกแบบเพื่อสาธิตกระบวนการตัดสินใจและการคิดผ่านทางเทคนิคต่างๆ เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น วิดีโอ และหุ่นมนุษย์จำลองเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน เป็นการกำหนดรูปแบบสถานการณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงซ้ำได้ จนเกิดความมั่นใจก่อนให้พยาบาลผู้ป่วยจริงในสถานการณ์จริง¹⁷ สอดคล้องกับงานวิจัยผลการเตรียมความพร้อมก่อนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลหลังเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงกว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการเตรียมความพร้อม และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงอยู่ในระดับมาก¹³

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน โดยนำวิธีการสอนแบบการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ มีความพร้อมและเกิดความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

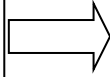
1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ
โดยการใช้ SBL

- ชี้นำ
- ขั้นปฏิบัติจริง
- ขั้นประเมินการเรียนรู้



- ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงาน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
- ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi – experimental) เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อความพร้อมและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีจำนวน 95 คน ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย ประกอบด้วย ชุดการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ลักษณะอาการทางจิตที่สอดคล้องในรายวิชารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 5 กรณีศึกษา เพื่อนำไปใช้กับนักศึกษาในการแสดงบทบาทพยาบาลวิชาชีพและให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง หลังจากนั้นเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความพึงพอใจจากคุณลักษณะธนาโรจน์ และคณะ (2562) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด โดยระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ระดับมากให้ 4 คะแนน ระดับปานกลางให้ 3 คะแนน ระดับน้อย ให้ 2 คะแนน และ ระดับน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน จากนั้นนำค่าคะแนนมาแบ่งตามช่วงคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนระหว่าง 4.50 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับสูงสุด

คะแนนระหว่าง 3.50 – 4.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับสูง

คะแนนระหว่าง 2.50 – 3.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1.50 – 2.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.49 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ชุดการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนแบบ SBL จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้

ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาที่สอดคล้องในรายวิชาภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีการหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถด้านการจัดการเรียนการสอน โดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ 0.93 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่มีประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองโครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2020/4 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ลงนามในใบยินยอม inform consent สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ทราบถึงการเตรียมความพร้อมโดยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

2. ชี้แจงให้นักศึกษาทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การเก็บข้อมูล สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการเรียนด้วยชุดการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกกรรวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

3. แบ่งนักศึกษาออกเป็นกลุ่มละ 7-8 คน ตามกลุ่มของการฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โดยหมุนเวียนการเข้าสถานการณ์จำลอง โดยที่แต่ละกลุ่มจะไม่ได้พบกันเพื่อป้องกันปัจจัยแทรกซ้อนเกี่ยวกับกรณีศึกษาที่จะใช้ปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

4. จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนของการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นขั้นนำ (Pre brief) ใช้เวลา 15-20 นาที โดยผู้สอนอธิบายก่อนการปฏิบัติ เป็นการแนะนำและเตรียมการ ผู้สอนจะบอกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน อธิบายสถานการณ์จำลอง อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม สถานที่ พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถาม

5. ขึ้นปฏิบัติจริง (Play Scenario) ใช้เวลา 20-30 นาที โดยผู้เรียนลงมือปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลอง ซึ่งขณะผู้เรียนปฏิบัติ ผู้สอนต้องคอยสังเกตพฤติกรรม เป็นผู้ช่วยให้การปฏิบัติของผู้เรียนให้ดำเนินการเรียนรู้ หากผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้สอนจะคอยดูแลควบคุมสถานการณ์โดยการให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้

6. ขั้นประเมินการเรียนรู้ (Debrief) คือ การประเมินการเรียนรู้ เพื่อร่วมกันสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ที่ได้รับจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยประกอบไปด้วยวิธี ดังนี้

6.1 การสนทนากลุ่มกับนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โดยใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติพยาบาลอย่างไร เปิดโอกาสให้ผู้เรียนอธิบายเหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และกระตุ้นให้คิดว่าผู้เรียนจะนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากสถานการณ์จำลองไปใช้จริงอย่างไร

6.2 ผู้สอนประเมินผลตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เช่น ประเมินความรู้และการใช้ความรู้ ประเมินทักษะการพยาบาล การประเมินสภาพการซักประวัติและการตรวจสภาพจิต การสังเกตอาการ การตัดสินใจในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องต่อสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

6.3 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และการวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับนักศึกษานำมาแยกหมวดหมู่สรุปประเด็นตามกรอบที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ทุกคน ผ่านการประเมินการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52, S.D. = 0.52$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ชั้นปฏิบัติจริง (Play Scenario) สถานการณ์จำลองมีความเหมาะสมกับเนื้อหาในรายวิชานี้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.67, S.D. = 0.47$) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ชั้นนำ (Pre - brief) มีการอธิบายขั้นตอนการเตรียมการก่อนเข้าสู่สถานการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.59, S.D. = 0.49$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและอยู่ในระดับมาก คือ ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้ อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองมีความน่าสนใจและกระตุ้นการเรียนรู้ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 4.36, S.D. = 0.58$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (N=95)

รายการประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	SD.	แปลผล
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน			
ชั้นนำ (Pre - brief)	4.59	0.49	มากที่สุด
1. มีการอธิบายขั้นตอนการเตรียมการก่อนเข้าสู่สถานการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจ			
วัตถุประสงค์การเรียนรู้			
ชั้นปฏิบัติจริง (Play Scenario)			
2. สถานการณ์จำลองกระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคยเรียนมา	4.57	0.52	มากที่สุด
3. สถานการณ์จำลองมีความเหมาะสมกับเนื้อหาในรายวิชานี้	4.67	0.47	มากที่สุด
4. ความยากง่ายของสถานการณ์จำลองเหมาะสมกับระดับความรู้ของนักศึกษา	4.45	0.50	มาก
5. สถานการณ์จำลองมีความน่าสนใจและทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียน	4.52	0.50	มากที่สุด
ขั้นประเมินการเรียนรู้ (Debrief)			

รายการประเมินความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	SD.	แปลผล
6. สถานการณ์จำลองมีประเด็นที่ส่งเสริมกระบวนการคิด/การตัดสินใจแก้ปัญหา	4.53	0.54	มากที่สุด
7. สถานการณ์จำลองมีประเด็นที่นำไปสู่การพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	4.54	0.54	มากที่สุด
8. สถานการณ์จำลองนี้ช่วยส่งเสริมความมั่นใจก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ	4.56	0.52	มากที่สุด
ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน			
9. บรรยากาศการเรียนทำให้ผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้	4.41	0.51	มาก
10. บรรยากาศการเรียนทำให้ผู้เรียนเกิดการวางแผน	4.46	0.52	มาก
11. บรรยากาศการเรียนทำให้ผู้เรียนเกิดการทำงานเป็นทีม	4.55	0.54	มากที่สุด
12. บรรยากาศการเรียนส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น	4.54	0.50	มากที่สุด
13. บรรยากาศการเรียนทำให้ผู้เรียนทำกิจกรรมได้อย่างอิสระ	4.58	0.54	มากที่สุด
14. บรรยากาศการเรียนทำให้เพิ่มความสนุกและความน่าสนใจในการเรียน	4.56	0.54	มากที่สุด
ด้านปัจจัยสนับสนุนการเรียนรู้			
15. อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองเหมาะสมต่อการเรียนรู้	4.48	0.50	มาก
16. อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองเพียงพอและพร้อมใช้งาน	4.38	0.57	มาก
17. อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานการณ์จำลองมีความน่าสนใจและกระตุ้นการเรียนรู้	4.36	0.58	มาก
รวม	4.52	0.52	มากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผลของการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างสะท้อนว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้เข้าใจลักษณะอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการเรียนในรายวิชาทฤษฎี ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนและสามารถนำไปใช้ดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกฉุกเฉิน ดังคำพูดที่ว่า

“หนูกลัวผู้ป่วยจิตเวชคะอาจารย์ กังวลว่าจะต้องให้การพยาบาลอย่างไร แต่เมื่อมีการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา ก่อนการฝึกงาน ทำให้มองเห็นภาพผู้ป่วยจิตเวช และบริบทของหอผู้ป่วย และแผนกฉุกเฉินออกคะอาจารย์ ทำให้ลดความกลัว ความกังวล ลดลงคะอาจารย์” “ทำให้เกิดการเรียนรู้ ก่อนการไปฝึกปฏิบัติงาน รู้สึก มั่นใจ ลดความกังวล”

“ทำให้ประเมินความรู้ของตนเองได้ ก่อนที่จะไปฝึกงาน เพื่อจะได้นำมาเตรียมความพร้อมของตนเองก่อนจะไปฝึกจริงคะ อาจารย์”

“ทำให้หนูพอที่จะเห็นภาพของผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นอย่างไร และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้น จะต้องดูแลอย่างไรที่เหมาะสม”

“ผู้ป่วยจิตเวชที่เรียนในทฤษฎีที่เป็นโรคไบโพลาร์อารมณ์แปรปรวน ตอนเรียนในทฤษฎีหนูนึกไม่ออกคะอาจารย์ ว่าอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายนั้นผู้ป่วยเป็นอย่างไร แต่เมื่ออาจารย์สอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้เห็นภาพและเข้าใจอาการแสดงของผู้ป่วย ฝึกการให้การพยาบาลที่เหมาะสม และได้ฝึกการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยดีมากเลยคะอาจารย์

“หนูอยากให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้กับน้องๆรุ่นต่อไปด้วยคะ เพราะว่าทำให้เข้าใจและเห็นภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นโรคจิตเภทที่แผนกฉุกเฉินนะคะ ทำให้หนูเข้าใจมากขึ้น ต้องอ่านหนังสือเพิ่มขึ้นคะ อาจารย์”

“หนูอยากให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกงานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้กับน้องๆ รุ่นต่อไป และอยากให้เพิ่มสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชให้มีความหลากหลายมากขึ้นด้วยค่ะ เพราะว่าทำให้เข้าใจและเห็นภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ต้องดูแลที่แผนกฉุกเฉินนะค่ะ ทำให้หนูเข้าใจลักษณะอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น และเพิ่มความกระตือรือร้นในการเตรียมตัวก่อนการฝึกปฏิบัติจริงด้วยค่ะ อาจารย์”

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษาพบว่า ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ทุกคน ผ่านการประเมินการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต จากผลการสนทนากลุ่มในการศึกษาคั้งนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้รับความรู้จากการเรียนผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เรื่อง หลักการการซักประวัติและตรวจสภาพประเมินสภาพจิตผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ นำไปสู่ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในขั้นปฏิบัติจริง (Play Scenario) ที่มีผู้สอนคอยสังเกตพฤติกรรมขณะปฏิบัติ ช่วยให้การปฏิบัติของผู้เรียนดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้เรียนผ่านการประเมินการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจ และสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น และส่งผลให้ผู้เรียนมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ต้องการ⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ สิริชูชัยและคณะ (2560)¹⁰ ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่านักศึกษาที่เรียนโดยวิธีปกติตามหลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของศุภรัตน์ แจ่มแจ่ม และคณะ (2560)¹⁴ ศึกษาผลการเตรียมความพร้อมก่อนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย พบว่า การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลหลังเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการเตรียมความพร้อม และ นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมก่อนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงอยู่ในระดับมาก

2. จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (\bar{X} = 4.52 , S.D. = 0.52) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ขั้นปฏิบัติจริง (Play Scenario) สถานการณ์จำลองมีความเหมาะสมกับเนื้อหาในรายวิชานี้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย (\bar{X} = 4.67, S.D. = 0.47) รองลงมาคือ ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน ขั้นนำ (Pre - brief) มีการอธิบายขั้นตอนการเตรียมการก่อนเข้าสู่สถานการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย (\bar{X} = 4.59, S.D. = 0.49) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีการดำเนินการตามกระบวนการอย่างเป็นระบบและมีการอธิบายทุกขั้นตอนตามวิธีการสอนโดยการใช้สถานการณ์จำลองอย่างชัดเจนมีการใช้ผู้ป่วยจำลอง มีการจัดบริบทคล้ายคลึงหอผู้ป่วยและแผนกฉุกเฉิน ซึ่งการใช้สถานการณ์จำลองเป็นเทคนิคการเรียนการสอนที่ใช้การจำลองสถานการณ์มีหลากหลายชนิด เช่น การใช้สถานการณ์เป็นหลัก การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกที่ละวิธีการ การประชุมหารือเชิงปฏิบัติการ ทุนมนุษย์จำลอง ทุนมนุษย์จำลองแบบครบในทางการแพทย์ การจัดสิ่งแวดล้อมระบบเสมือนจริงผู้ป่วยจำลองและผู้ป่วยจำลองร่วมกับชุดจำลอง วัตถุประสงค์ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อฝึกให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์และลงมือปฏิบัติตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด

ไว้วิธีการสอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน/เตรียมการและชั้นสอน ซึ่งมี 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเกริ่นนำหรือการนำเข้าสู่สถานการณ์ 2) ระยะลงมือปฏิบัติ และ 3) การซักถามและสรุปประเด็นการเรียนรู้สำหรับการประเมินผลการเรียนการสอนเน้นการประเมินผลเพื่อพัฒนาปรับปรุงผลการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพและพัฒนาผู้เรียนให้มีความมั่นใจและก้าวสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพต่อไป⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของเดือน สุวรรณศิริและคณะ. (2560)⁷ ที่ศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของนิสิตพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า ความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (\bar{X} =4.28 , S.D.=0.48)

จากผลการสนทนากลุ่มพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้เข้าใจลักษณะอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้น นอกเหนือจากการเรียนในรายวิชาทฤษฎี ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาการเรียนและสามารถนำไปใช้ดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีข้อดีในการลดความความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากการฝึกเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเป็นการเรียนรู้ที่ไม่จำกัด โดยเฉพาะการฝึกดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยวิกฤตหรือเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่ค่อยได้พบบ่อยในสภาพความจริง ผู้สอนสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการปฏิบัติงาน แม้ผู้เรียนจะกระทำผิดพลาดจนอาจเกิดอันตราย แต่ก็ไม่เกิดอันตรายต่อหุ่นจำลอง ซึ่งตรงข้ามกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการได้เร็วขึ้นและดีขึ้น⁶ และจากการศึกษาของสุตารัตน์ วุฒิสักดิ์ และคณะ (2563)¹² ซึ่งศึกษาผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่านักศึกษาควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการสนทนากลุ่มพบว่า นักศึกษามีความรู้ในเรื่องการประเมินผู้คลอดและการพยาบาลในระยะคลอดมีความพึงพอใจเพราะช่วยให้เข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้อย่างยิ่งขึ้นจากการเรียนภาคทฤษฎี รู้สึกสนุก ได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้คลอดและการตัดสินใจเหมือนเป็นพยาบาลจริง มีความมั่นใจที่จะให้การพยาบาลผู้คลอดในสถานการณ์จริง ซึ่งความรู้เหล่านี้สามารถจดจำได้นาน ประสบการณ์จากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนพึงพอใจในเรื่องการคิดและการตัดสินใจที่เร็วขึ้น และนักศึกษาส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการประเมินสภาพผู้ป่วยและการลำดับความสำคัญของการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลให้อาจารย์ผู้สอนทราบถึงวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ที่จะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติพยาบาลของนักศึกษาดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้ของรายวิชา อีกทั้งยังสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรรณิกา วิชัยเนตร.การสะท้อนคิด: การสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการ ฝึกปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ.(2560).6(2) หน้า 188-199.
- 2.ธนพล บรรดาศักดิ์และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.(2560). 34(1)หน้า 6-16.
- 3.ทิตินา แคมมณี. ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.(2557).
- 4.ภัททิยา จันทเวช. การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด. วารสารเกื้อการุณย์, (2561). 25(1) หน้า 184-191.

- 5.มาลีวัล เลิศสาครศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม กับความเครียดและการจัดการความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารพยาบาลทหารบก.(2557) .15(2), หน้า 270-279.
- 6.วรางคณา คุ่มสุข และคณะ. การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง Simulation-Based Learning. วารสารสหภาพสาธารณสุขชุมชน.(2564).3(1) หน้า 1-11.
- 7.วงเดือน สุวรรณศิริ และคณะ. ศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตของนิสิตพยาบาลที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.(2560).11(3) หน้า 167-177
- 8.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2560. ฝ่ายวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.(2560).
- 9.สมศรี ทาทาน และคณะ.การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ.(2560). 23(1) หน้า1-9.
- 10.สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณ และสุนีย์รัตน์ บุญศิลป์. ผลของการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. รามาธิบดีพยาบาลสาร.(2560).23(1).
- 11.สิริทรัพย์ สีหะวงษ์และคณะ.ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารมจร.วิชาการ.(2561).21(42) ,หน้า 93-106.
- 12.สุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาลและคณะ.ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.(2560).14(2),หน้า 70-81.
- 13.สุภารัตน์ แจ่มแจ่ม และคณะ.ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.(2560).27(ฉบับพิเศษ), หน้า 46-58.
- 14.สุภารัตน์ แจ่มแจ่ม และคณะ.ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.(2561).20(3), หน้า 147-163.
- 15.อัศนี วันชัย. การศึกษาไทย: แนวโน้มการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. (2560).18(35), หน้า106-117.
- 16.Cordeau, M.A. Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. Journal of Nursing Education and Practice.(2013).3(4),40-50.
- 17.Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer,(1984).

Factors Influencing Physical Appearance Identity and Appearance-Management Behaviors among Young Adult Women in Thailand: A Qualitative Study

Daravan Rongmuang¹

Received: 19 October 2022

Revised: 12 December 2022

Accepted: 30 December 2022

Abstract

In Western societies, race, media, family, peers, and cultural differences have all been identified as factors influencing appearance identity. However, little is known about Thai women. This study aimed to investigate factors that simultaneously influenced young adult Thai women's perceptions of their appearance identity; and the common management behaviors they used to alter their appearances. Data were collected from 94 young adult Thai women from four regions of Thailand using focus group discussions and semi-structured interviews. The collected data were then analyzed using content coding and thematic analysis.

The themes that emerged from the data revealed the participants' most common management behaviors to monitor and construct their appearances. They included taking glutathione, applying skin-whitening agents (of which some were illegible); altering dietary behaviors; altering exercise; taking self-medication diet pills, and undergoing cosmetic surgeries. The factors influencing the perception of appearance identity included self-awareness (such as self-confidence); extrinsic factors (such as family, friends, and the opposite gender); and sociocultural factors (such as media, values, and regional differences).

In conclusion, perception of physical appearance as an indicator of identity is influenced by internal, external, and socio-cultural factors that aim to meet normative expectations, which are practiced in response to gendered social norms, indicating the prevalent belief that the body is malleable and under individual control. Young Thai women's self-image manipulation behaviors include both desirable and undesirable practices. They should be encouraged to consider and/or advise on the risk of undesirable behavior practices in terms of altering appearance, image, and body weight.

Keywords: body image, risk behaviors, young women, appearance management

Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author, E-mail: drongmuang@gmail.com

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อัตลักษณ์ทางกาย และการจัดการกับ ภาพลักษณ์ของหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น:การศึกษาเชิงคุณภาพ

ดารารวรรณ รongเมือง¹

บทคัดย่อ

การศึกษาในสังคมตะวันตกพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเอกลักษณ์ของรูปลักษณ์ภายนอก ได้แก่ เชื้อชาติ สื่อสาธารณะ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และความแตกต่างทางวัฒนธรรม แต่การศึกษาในผู้หญิงไทยยังมีค่อนข้างจำกัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อัตลักษณ์ทางกาย และการจัดการกับภาพลักษณ์ของหญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ในผู้หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (n=94) อายุเฉลี่ย 20 ปี ในสี่ภูมิภาคของประเทศไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และหาค่าประกอบหลักของข้อมูล

องค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า วิธีการจัดการกับภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ส่วนใหญ่ ได้แก่ การใช้กลูตาไธโอน การใช้สารที่ทำให้ผิวขาวซึ่งบางชนิดไม่ได้ผ่านการรับรองจากองค์การอาหารและยา การปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย การซื้อยามารับประทานเอง ได้แก่ ยาลดความอ้วน อาหารเสริมเพื่อลดความอ้วน และการทำศัลยกรรม ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อัตลักษณ์ทางกาย ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือการรับรู้ตนเอง เช่น ความมั่นใจในตนเอง ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน เพศตรงข้าม และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น สื่อสาธารณะ ค่านิยม และความแตกต่างของภูมิภาค

กล่าวโดยสรุป การรับรู้อัตลักษณ์ทางกายของผู้หญิงไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการตอบสนองความคาดหวังเชิงบรรทัดฐาน และปฏิบัติพฤติกรรมในการตอบสนองบรรทัดฐานทางสังคมทางเพศ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ภาพลักษณ์และความเชื่อเกี่ยวกับภาพลักษณ์ทางกายสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และบุคคลสามารถควบคุม ดังนั้นจึงควรแนะนำให้บุคคลมีความเข้าใจ ในความเสี่ยงของการปฏิบัติพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในการจัดการกับภาพลักษณ์ และน้ำหนักตัว

คำสำคัญ: ภาพลักษณ์, พฤติกรรมเสี่ยง, หญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น, การจัดการกับภาพลักษณ์

Introduction

Physical appearance identities are self-cognitions that are built upon past experiences and vary from person to person, i.e., different people have different social and cultural engagements.¹ There are many factors in developing one's physical appearance identity including individual factors and sociocultural factors such as family, friends, media, and culture.² In our previous work, we found that women living in different geographical areas of Thailand consider different aspects of physical appearance as most relevant. Women in the North placed the most importance on bright face skin; women in the Central region placed the most importance on body weight and shape; women in the Northeast placed the most importance on facial features (oval face, big eyes, and high nose bridge); and women in the South placed the most importance on body skin color.³

The greater concern with physical appearance leads to an increase in the use of laxatives, diuretics, diet pills, skin bleaching, and engaging in cosmetic surgery in Asian women.⁴⁻⁵ Moreover, women in the West use tanning beds and outdoor sun exposure to get a tan.⁶ These behaviors have physical health consequences such as decreasing bone mineral density, eye injury, skin cancer, neurological disorders, and kidney dysfunction, and mental

health consequences including low self-esteem, fear of fatness, depression, and obsessive-compulsive behaviors to achieve ideals of beauty.⁷⁻¹⁰ When women deem physical appearance as a centrally defining feature of who they are and their worth as a person, they often turn to extreme health-compromising behaviors to alter their physical appearance.

To date, Factors influencing physical appearance identity and appearance-management behaviors among women in western society have been documented. For example, talking about physical appearance with friends, family feedback, and sociocultural attitudes towards physical appearance (factors related to engagement in risky appearance management behaviors. Little is known, however, about the factors influencing physical appearance and appearance-management behaviors among young Thai women.

Purpose of the study

This study aimed to explore the factors that influence physical appearance identity and to identify what appearance-management behaviors were typically practiced among young adult Thai women.

Research Methodology

A descriptive qualitative study was conducted with 12 focus group discussions with semi-structured, audio-taped interview conducted with 94 young adult women (mean age 20 years), recruited from colleges in all four regions of Thailand. A convenient, purposive sampling method was used to recruit participants. The inclusion criteria included 1) women aged 18 to 24 years, 2) born and living in the geographic region of the study site and 3) willing to participate in the study. The researcher contacted the participant directly to obtain informed consent at the college in the study site and then using snowball sampling to reach more participants.

The focus group discussions were led by the first author. Three focus groups were conducted in each of 4 regions of Thailand. Each focus group included 8-9 participants. Three focus groups were conducted in each region of Thailand. The participants were asked to discuss questions primarily aimed at assessing Thai women's perceptions of factors influencing their beliefs about physical appearance and their appearance management behaviors including 1) what are the factors influencing their ideal of beauty? 2) why is it important for women to be beautiful? 3) how you can achieve your ideal of beauty? and 4) what appearance-management behaviors have you or others you have known practiced? The participants were asked to talk freely about factors influencing their physical appearance identity and physical appearance management behavior. The focus group discussions lasted for approximately 45 minutes.

Data Analysis

The author fully transcribed all tapes from the discussions and reviewed all transcripts along with field notes and flip charts for accuracy. The data were analyzed using content coding and thematic analysis. The thematic analysis was performed by two coders and consisted of 6 phases as follows: 1) reading through the data and paying attention to the words and phrases used by participants at least two times before coding and searching for the ideas, 2) providing the initial codes for the data manually using a highlighter, 3) independently

coding the content into themes by using mind maps, 4) reviewing themes by re-read all the data to make sure that all data fit into themes, 5) naming themes and finalize the thematic map, and 6) writing the report. Twenty-five percent of the codes were randomly selected for inter-rater reliability and showed that inter-rater reliability was high; Cohen's kappa was .92.

The researcher provided in the results section verbatim quotations from participants to support the conclusions they have drawn in the Thai language. Relevant quotations were selected to support the findings. All quotations were translated systematically into English by the researcher, who is bilingual with Thai as the first language. To validate the translations of the English quotations, the linguistic scholar who bilingual with Thai as the first language and English as a second language read all quotations and verified the accuracy of the translations. The researcher and the linguistic scholar discussed the use of appropriate vocabulary and sentence structures.

Ethical approval

The study protocol was approved by the Internal Review Board at the University of Illinois at Chicago, USA (protocol number 2009-0548).

Results

Participants were female undergraduate students who were between the ages of 18 and 22 (Mean =20.29±1.02). The body mass index (BMI) of the participants ranged between 15.82 and 27.24 kg/m² (Mean =19.45±2.16), underweight (n = 35; 37.30%), normal weight (n = 57; 60.6%), overweight (n = 2; 2.10%). Sample characteristics are shown in *Table 1*.

Table 1 Sample Characteristics (n=94)

Characteristics	n	percent
Region		
North	25	26.60
Northeast	22	23.40
Central	25	26.60
South	22	23.40
Age (yr),	Mean 20.29±1.02	Range 18-22
BMI Mean, kg/m ² (±SD), Range	19.45±2.16	15.82-27.24
Underweight (<18.5 kg/m ²)	35	37.30
Normal weight (18.5-24.9 kg/m ²)	57	60.60
Overweight (25.0-29.9 kg/m ²)	2	2.10
Obese (>30 kg/m ²)	0	0

Findings reveal 3 themes of factor influences physical appearance identity: 1) intrapersonal (self-confidence), 2) interpersonal (family and friends, men), and 3) sociocultural factors (geographic region, cultural value, and media). Some the young Thai women engage in unhealthy weight and appearance management behaviors.

Factors influencing physical appearance identity

The main factors influencing physical appearance identity among the participants were family and friends, men, media and cultural values, individual psychology, and environment. The participants expressed that the most significant influences on their physical appearance identity were often a combination of the above influences.

Interpersonal factors**Family and friends**

Family members appeared often to influence the participant's physical appearance identity. Parents, sisters, or brothers were often cited as directly influencing a participant's physical appearance identity, either negatively or positively. Especially mom and sister were more likely to talk about body weight. One of the participants discussed that her mother encouraged her to lose weight:

My mom always complains to me about my weight, she wants me to lose weight but she wouldn't actually say I need to lose weight she just says "honey if you stopped snacking that much and exercised more, then you could get rid of that belly" but I think she only wants me to be thinner.

My younger sister is overweight. Mom and dad want her to lose weight. It is not for beauty but they are concerned about her health.

Another subtheme that was prevalent when participants discussed influences on their physical appearance identity as friends. This category includes classmates and best friends.

One participant discussed the negative impact her best friend had on her physical appearance, stating that:

My best friend always tells me that I am getting fat. She not only talks about my weight but also my skin color. She is often comparing her skin to mine and gets happy when she looks whiter than me.

Men

Throughout the discussions, the perceived influences of men on participants' physical appearance identity were apparent. The influences of men on physical appearance identity were mostly negative pressure. One participant discussed her feelings regarding men's effect on women's physical appearance identity, stating:

Men are generally more influential than other factors. I think men prefer thin women. If my boyfriend tells me that I am fat, I will lose my confidence. I am afraid that he will look at other women.

Sociocultural factors**Regional Influences**

The results showed that living in different geographic regions (Central, Northern, North eastern, and Southern) can influence physical appearance identity (e.g., white is beautiful, thin is perfect). Living in a big city, i.e., Bangkok in the Central region of Thailand was associated with pressure to be thin more so than in the other regions. Thai women in four regions of Thailand have differences in physical appearance. Women in the North have a light skin color and the facial feature of Chinese. In the Northeast, women have a flat nose, high cheekbone, and prominent jaws. Women in the South tend to have dark skin than other regions. The participants

discussed their experiences with the regional influences that affected their physical appearance and identity, stating that:

Living in a big city affects women's physical appearance concern. I feel like other people are staring at me when I am walking everywhere. Most of the women I see on the street have thin figures and perfect body shapes. Nowadays women place importance on body shape and facial features. If women were not overly concerned with physical appearance, we (women) will feel happier. Because we live in a society so we have to take concern.

Cultural value and media

Cultural value shapes the standard of female beauty such as thin is healthy and beautiful and the media portrays these physical appearance standards to women. The impact of media such as magazines, television, and advertisement was expressed by the participants. Korean women's image is the most cited ideal physical appearance for young Thai women. The participants said:

The images in magazines, advertisements, television, and music videos usually portray a standard of a woman as being tall, white, and thin. I wanted to look like a character on TV.

The trends in physical appearance among young adult Thai women are mostly from Korean trends and Korean pop culture idols for example having big eyes and a fair complexion like Korean movie stars.

Having a good body shape is the core value for pretty and good-looking women right now. The social value determines the characteristics of female beauty. The value of female beauty exists only for some time. Today's value of female beauty in Thailand is the features of Korean women.

Most fashion magazines (e.g., Kawai, I like, Spicy, and Star news), shows pictures of fashion models who are tall, and thin, with big eyes, small face, and light skin as Korean models. When I view the image of women in magazines, I do like them a lot. I like women who have fair skin. Most of the movie's stars also have white skin complexion.

Intrapersonal factors

Self-confidence is one of the important factors that influence physical appearance identity among young adult Thai women. A person with high self-confidence (i.e., strongly believe in their thought) and has a positive view of one's self. On the other hand, those who feel that they are not beautiful; may lose their confidence and have low self-esteem. The participants discussed their experiences with how self-confidence shapes physical appearance and identity, stating that:

My close friend is confident in herself, and you can see it in her body language. I think being confident is very important to look beautiful. People are drawn to her because of her looks and they want to be friends with her. She isn't afraid to be herself and that's why I admire her.

Appearance-management behaviors

Appearance -management behaviors included healthy behaviors (exercising, diet control such as diet restriction and portion control, applying makeup, and clothing) and unhealthy behaviors (skipping meals, using diet pills, self-induced vomiting, long-term self-administration of laxatives, and glutathione injection).

Healthy behaviors

Young adult Thai women were engaging in many different types of appearance management behaviors to achieve their ideal physical characteristics. The healthy behaviors that young Thai women use to alter their physical appearance including dieting control, eating low-fat foods to lose weight, avoiding sweet food, eating or taking dieting supplements that are approved by the Food and drug administration of Thailand, engaging in exercise and going to a salon. Participants said:

If we want to be thin, we have to exercise, don't eat sweet things, eat lots of vegetables and fruits, eat less rice avoid fried foods, and just eat salads and fruit for dinner.

Eating or taking dieting supplements that being approved by the Food and drug administration of Thailand. For example, if you want to have fair skin, you have to drink "Blink" and if you want to lose your body weight, you have to eat "LCH" All of the products are sold over the counter in the local store.

To prevent dark skin, if I must be exposed to the sun, I cover my skin by wearing long sleeves shirt, using an umbrella, or using arm sleeves. I think it helps a lot.

Unhealthy behaviors

Self-deprivation was a theme that was present in the data. Some of the young adult Thai women in this study were also engaging in risky physical appearance management behavior. The most mentioned methods that young women have heard about included skipping meals, using dieting pills, self-induced vomiting, getting glutathione injections or using a whitening pill, and getting cosmetic surgery. As some participants said:

I had a friend who induces vomiting to get rid of the food she had just eaten. I know it isn't a good way to do it as it can cause damage to the stomach and esophagus. However, she feels satisfied that she looks thin by doing that.

I know many women are using glutathione injections because they want to have fairer skin. They take intravenous glutathione injectables from various beauty and medical clinics. Some even buy their injectable through agents and have someone administer them to them, to save on the cost.

One of the participants stated:

Many women purchase diet pills – online or at local stores. One of my best friends is taking dieting pills. She bought them from a medical Clinic. She is thinner than me. I don't think that she is fat, but she still wants to lose weight. She gets fainting and dizziness after taking dieting pills.

One of the participants who had experience in getting cosmetic surgery told that:

After I graduated from high school, I had a nose rhinoplasty. My mom supported me with it and still does (supports and encourages me about how I look). It makes me look better. Some of my friends also had nose rhinoplasty. They look more beautiful because they have a high nose bridge (laughing). I heard that 4 of my classmates will get it too. If we have a high nose bridge, our faces will look more beautiful.

One of the participants stated:

Many women wear contact lenses that we call "Big eyes" this is to make their eyes look bigger. It comes in a variety of colors and different prices, ranging from very cheap to expensive. Some buy it from

the optical shop (on the sidewalk) the street, the flea market or order it from the internet.

Discussions and conclusions

This study explored the factors that influenced physical appearance identity and identified appearance-management behaviors that are typically practiced among young adult Thai women. The way Thai women perceive their physical appearance identity is influenced by a variety of factors such as family and friends, environment, men, individual psychology, cultural values, and media. Thai young women practiced both healthy and unhealthy behaviors such as exercise, dieting, eating disorder behaviors, and glutathione injection to enhance their physical appearance.

The result was made consistent with the previous work¹¹ found that family and friends are important factors that may influence physical appearance perception in Thai women. The numbers of friends who engage in dieting for weight loss are a source of peer pressure to lose weight in Thai female adolescents.¹² Like Indian women, Thai females frequently talk about physical appearance; tease about physical appearances, engage in dieting behaviors, and attempting to lose weight among friends. These factors may lead to the development of physical appearance identity as an important domain and physical appearance dissatisfaction in women.¹³⁻¹⁴

Among Thai women, pressure from the opposite sex is an influential source of pressure on women to be thin which is consistent with a study¹⁵ that found that Chinese males prefer the ideal female's thin body shape. They found that women who have thin bodies are more physically attractive to men in Chinese culture. This preference may affect mate selection criteria for men in China and it may cause women to have the desire to be thin to be physically attractive to men. Another study found that Chinese women want to lose weight because they believe that thinness is good and they want to be attractive to the opposite sex.¹⁶

Having lighter skin has more advantages than darker skin tones.¹⁷ Cultural values of beauty and media are important factors that influence physical appearance identity among young Thai women. These factors lead women to the desire to achieve the standards of beauty in their culture. If women receive messages frequently in their everyday life, stronger images of cultural ideals of beauty in women are constructed in their cognition.⁵ In Thai culture, dark skin is considered poverty and working-class status. On the other hand, white skin is viewed as a representation of wealth and upper-class status.¹⁸

Direct messages from television and magazines (e.g., advertisements and thin models) may also be associated with physical appearance identity in Thai women. Media in Thailand often show that beautiful women should have slim bodies, be tall, have white skin, and perfect facial features.^{11, 18} Similar to other countries, the desire to be thin and look like a model as portrayed in the media is a salient factor in the development of physical appearance identity among female.¹⁴ A study¹¹ reveals that magazines and television are the primary and secondary factors influencing physical appearance identity among adolescents in Thailand. These messages are direct pressure on Thai women to aspire to be thin and tall. In this study, we found not only young Thai women wanted to be thin but also desires to have fair skin complexion. Moreover, in the same study, there is some point different than Western magazine influence the image of ideal women. However, in this study we found that magazines that portray the image of Korean actresses influence the ideal of young Thai women.

Physical appearance identity is influenced by intrapersonal, interpersonal, and sociocultural factors that causes young Thai women in this study to go to great lengths to manage their physical appearances, e.g., excessive dieting behaviors, self-medication including diet pills, laxatives diuretics, use of illegal body slimming or whitening cream and cosmetic surgery. The result from the previous study found that the university students in Bangkok, Thailand found that female university students wanted to be extremely thin because the trend for university uniforms is tight and slim.¹⁸⁻¹⁹ Only students who have thin bodies will look good in small and slim uniforms. Moreover, a woman who perceives herself as being fat or too fat is likely to engage in weight loss behaviors and disordered eating behaviors to control body weight and shape.²⁰ Turkish women who live in metropolitan cities wanted to have thin bodies more than those in towns outside the metropolitan city²¹ which is consistent with this study that young women living in the big city wanted to have a thin body shapes.

Young Thai women in this study reported that they know many Thai women getting glutathione injections to lighten their skin and using skin whitening products both approved and non-approved by the Food and drug administration of Thailand, consistent with the previous studies that show that young women apply unsafe skin lightening creams.^{18,22} Other studies have found that women wanted to have lighter skin²³, which is different from Western women who intends to have tanner skin, either with indoor or outdoor tanning equipment or with the use of tanning products.⁶ Moreover, young Thai women desire to have a high nasal bride, so they get a rhinoplasty.

The different cultural norms of ideal beauty and social pressures to achieve ideals of beauty were influential factors in the development of physical appearance identity among young Thai women. Cultural values shape the standards of female beauty (e.g., thin and white is beautiful) and the media spreads the physical appearance standards to women. These factors lead women to the desire to achieve the standards of beauty in their culture. If women receive the messages frequently in their everyday life, stronger images of cultural ideals of beauty in women are constructed in their cognition. Even among young adult females from different regions within Thailand, the salience of physical appearance components was different. Moreover, some young adult Thai women still lack knowledge and information about appropriate ways and methods to use with regarding to altering their physical appearances. Giving the information about risky behavioral patterns related to physical appearance management is important to reduce or remove health risk issues.

Recommendations

Young Thai women use a variety of physical appearance management strategies. Their physical appearance identity appears to be influenced by intrapersonal, interpersonal, and sociocultural factors. Cautious attention to unhealthy appearance management behaviors is needed. Interventions to prevent unhealthy weight and appearance management behaviors must address these multiple levels of influence such as promoting the media to portray realistic ideals of Thai women, FDA Thailand should be strict in selling hazardous products to alter the physical appearance of the internet or in the market and promoting the self-perception of physical beauty among young Thai women not only appearance but also behaviors as well as promote their self-confidence in other domain rather than body-image.

References

1. Markus HR, Kitayama, S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychol Rev.* 1991; 98(2): 224-53.
2. Perloff RM. Social media effects on young women's body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex roles.* 2014 Dec;71(11):363-77.
3. Rongmuang D, Corte C, McCreary LL, Park CG, Miller A, Gallo A. Salience of physical appearance characteristics among young women in Thailand. *Body Image.* 2011; 8(4):396-403. doi: 10.1016/j.bodyim.2011.05.004
4. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image.* 2016; 17: 117-31.
5. Masub N, Khachemoune A. Cosmetic skin lightening use and side effects. *J Dermatolog Treat.* 2022; 33(3): 1287–92.
6. Ventenilla J, França K, Lotti T, Keri J. Psychosocial aspects associated with use of sunscreen, natural sunlight exposure, and artificial tanning. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 2018; 168(9): 236-42.
7. Chan TY, Chan AP, Tang HL. Nephrotic syndrome caused by exposures to skin-lightening cosmetic products containing inorganic mercury. *Clinical Toxicology.* 2020; 58(1): 9-15.
8. Sharan P, Sundar AS. Eating disorders in women. *Indian journal of psychiatry.* 2015 ;57(Suppl 2):S286.
9. Garcia SC, Mikhail ME, Keel PK, Burt SA, Neale MC, Boker S, Klump KL. Increased rates of eating disorders and their symptoms in women with major depressive disorder and anxiety disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 2020; 53(11):1844-54.
10. Solmi M, Veronese N, Correll CU, Favaro A, Santonastaso P, Caregato L, Vancampfort D, Luchini C, De Hert M, Stubbs B. Bone mineral density, osteoporosis, and fractures among people with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2016; 133(5):341-51.
11. Thianthai C. Influential sources affecting Bangkok adolescent body image perceptions. *Int J Adolesc Med Health.* 2006; 18(4): 633-41.
12. Chongwatpol P. The influence of body image perception on weight management practices, physical activity levels and food choice behaviors among Thai adolescents (Doctoral dissertation, Oklahoma State University).
13. Ahuja KK, Khandelwal A, Banerjee D. 'Weighty woes': Impact of fat talk and social influences on body dissatisfaction among Indian women during the pandemic. *The International journal of social psychiatry.* 2021: 20764021992814-.
14. Carrard I, Rothen S, Rodgers RF. Body image and disordered eating in older women: A Tripartite Sociocultural model. *Eating Behaviors.* 2020; 38:101412.
15. Stojic I, Dong X, Ren X. Body image and sociocultural predictors of body image dissatisfaction in Croatian and Chinese women. *Frontiers in psychology.* 2020;11: 731.

16. Wang K, Liang R, Ma ZL, Chen J, Cheung EF, Roalf DR, Gur RC, Chan RC. Body image attitude among Chinese college students. *PsyCh journal*. 2018 Mar;7(1):31-40.
17. Mathews TJ, Johnson GS. Skin complexion in the twenty-first century: The impact of colorism on African American women. *Race, Gender & Class*. 2015; 22(1-2): 248-74.
18. Rush E. A reflective analysis of a transformative pedagogical approach at a rural Thai university (Doctoral dissertation, Murdoch University).
19. Jennings PS, Forbes D, McDermott B, Hulse G, Juniper S. Eating disorder attitudes and psychopathology in Caucasian Australian, Asian and Australian and Thai university students. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(2): 143-9.
20. Mulgrew KE, Kannis-Dymand L, Hughes E, Carter JD, Kaye S. Psychological factors associated with the use of weight management behaviors in young adults. *Journal of Health Psychology*. 2019 Mar;24(3):337-50.
21. Karsli Y, Karsli TA. Media effects on body image and eating attitudes of the women living in metropolitan and rural areas in a Turkish population. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2015; 205:99-102.
22. Peltzer K, Pengpid S. Knowledge about, attitude toward, and practice of skin lightening products use and its social correlates among university students in five Association of Southeast Asian Nations (ASEAN) countries. *International Journal of Dermatology*. 2017; 56(3): 277-83.
23. Dixon AR, Telles EE. Skin color and colorism: Global research, concepts, and measurement. *Annual Review of Sociology*. 2017 Jul 31;43(1):405-24.

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ

Received: 18 October 2022
 Revised: 21 December 2022
 Accepted: 30 December 2022

มณฑาทิพย์ ยังมี พย.บ.¹ วัชรารวรรณ จันทร์แก้ว พย.บ.²
 จิราภรณ์ เหมลา พย.บ.³ ศิราณี อิ่มน้ำขาว ปร.ด.⁴

บทคัดย่อ

ภาวะตัวเหลืองพบบ่อยในทารกแรกเกิด ต้องประเมินและรักษาให้รวดเร็ว การวิจัยนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลือง และศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็นทารกแรกเกิดและมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลโยธธ จำนวน 240 ราย และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 31 พฤษภาคม 2564 การพัฒนาแนวปฏิบัติยึด IOWA Model ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าการประเมินและช่วยเหลือล่าช้า ทารกได้นมไม่พอเกิดภาวะตัวเหลืองเพิ่มขึ้น 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (R1D1) ประเมินภาวะตัวเหลืองได้เร็วแต่ขั้นตอนการปฏิบัติยุ่งยาก จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติ (R2D2) ประกอบด้วย 3 ประเด็น 1.การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดตัวเหลือง 2.การแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 3.การดูแลกลุ่มเสี่ยงแต่ละระดับ เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลือง แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ คู่มือให้สุขศึกษา ผลวิจัยพบว่า มีทารกตัวเหลืองลดลงใน มารดาตั้งครรภ์แรก การคลอดโดยวิธีผ่าคลอด ระดับการไหลของน้ำนมมารดา <ระดับ 3 น้ำหนักทารกลดลงเฉลี่ยร้อยละ 6.4 ค่าบิลิรูบินเฉลี่ย 14.3mg/dl และการปฏิบัติตามแนวทาง ร้อยละ 88.0 ดังนั้นแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้ประเมินภาวะตัวเหลืองได้ถูกต้องและรวดเร็ว ทารกที่ต้องส่องไฟลดลง มารดามีน้ำนมเพียงพอ เหมาะสำหรับนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงานที่ดูแลทารกแรกเกิด

คำสำคัญ : ทารกแรกเกิด พัฒนาแนวปฏิบัติ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

Developing and Implementing Evaluation of Neonatal Jaundice

Assessment Practice Guidelines, Yasothon Hospital

Monthathip Yungmee B.N.S.¹, Watcharawan Changeaw B.N.S.²
 Jiraporn Hemala B.N.S.³, Siranee Imnamkhao Ph.D.⁴

Abstract

Jaundice is common in newborns. It must be assessed and treated promptly. This research aimed to develop a guideline for assessing jaundice and examine the effects of implementing the developed guideline. The sample consisted of 240 newborns and postpartum mothers at Yasothon Hospital and 8 professional nurses. The study was conducted between 1 December 2020 and 31 May 2021. The development of the guideline was based on the IOWA Model. 1) Situation analysis showed that the assessment and assistance was delayed, and the infants did not receive adequate milk, which led to increased jaundice. 2) The development of an expert review guideline (R1D1) resulted in an early assessment of jaundice but the procedure was difficult. Therefore, a guideline was developed (R2D2), including: 1) the risk of jaundice assessment 2. systematic classification of risk groups 3. taking care of risk groups at each level research tools include guidelines for assessing jaundice and practice assessment form handbook for health education.

Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโยธธ

*Corresponding author, E-mail: monthyung2513@gmail.com¹

The maternal milk flow level was < 3. The average weight loss was 6.4%. The mean bilirubin was 14.3 mg% and compliance was 88.0%. Therefore, the developed practice guideline can assess jaundice accurately and quickly, which reduces the number of infants requiring phototherapy and promotes mothers' adequate milk supply. This guideline is suitable for implementation in neonatal care units

Keywords: Newborn, Development Practice Guideline, Neonatal Jaundice

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการที่ทารกมีสารบิลิรูบิน (Microbilirubin:MB) ในเลือดสูงกว่าปกติ จากการสลายตัวของเม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นตลอดเวลาในร่างกายของทารก ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ตับให้อยู่ในรูปที่ละลายน้ำมากขึ้น และถูกกำจัดออกจากร่างกายทางอุจจาระและปัสสาวะ หากปล่อยให้ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองมากขึ้นจะมีอาการซึม ตัวอ่อน ดูนมได้ไม่ดี ต่อมาทารกจะซึมลงกระสับกระส่าย ไข้ ร้องเสียงแหลม หลังแอ่น ต้องให้การรักษาในระยะเริ่มแรกได้เร็ว แต่ถ้าวินิจฉัยและรักษาได้ล่าช้า จะทำให้สมองถูกทำลายอย่างถาวร¹ ค่าปกติของระดับบิลิรูบินในทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนด คือ 12 mg/dl และในทารกคลอดก่อนกำหนด คือ 15 mg/dl² หากมีระดับบิลิรูบินที่สูงเกินปกติในทารกแรกเกิดครบกำหนดคือสูงเกิน 20 mg/dl และทารกคลอดก่อนกำหนด อยู่ระหว่าง 20-25 mg/dl หรือสูงกว่าและไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการรักษาที่ล่าช้า บิลิรูบินจะผ่านไปที่แนวกันสมองเข้าไปสะสมในเนื้อสมองบริเวณ basal ganglia ทำให้เกิดภาวะสมองถูกทำลายอย่างถาวร (kernicterus)³ ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลโสธร ปี 2562 และ 2563 พบว่ามีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ 2,437 รายและ 2,435 ราย ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วย พบว่าทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลือง สูงเป็นอันดับ 1 ตามการจำแนกรายโรค (Neonatal Jaundice) โดยพบจำนวน 187 รายและ 170 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.99 และ 39.44 ตามลำดับ⁴ และพบว่าทารกต้องได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ ทำให้ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งทารกแรกเกิดปกติมี วันนอนโรงพยาบาลประมาณ 48-72 ชั่วโมงจะมีค่ารักษาพยาบาลประมาณ 1,500 บาทต่อราย แต่ถ้าทารกมีภาวะตัวเหลืองหลังคลอด ที่ต้องรับการส่องไฟ ต้องอยู่โรงพยาบาลประมาณ 72-120 ชั่วโมง มีค่ารักษาพยาบาลประมาณ 5,000 บาทต่อราย ซึ่งเพิ่มขึ้น 3 เท่า ข้อมูลผลการดำเนินงาน เรื่องการเฝ้าระวังภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดของหอผู้ป่วยพิเศษมารดา โรงพยาบาลโสธร ปี 2562 และ 2563 มีจำนวนทารกแรกเกิด 485 รายและ 481 ราย มีจำนวนทารกแรกเกิดซึ่งเป็นทารกครบกำหนดมีภาวะตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟ จำนวน 48 รายและ 70 ราย พบว่าอัตราทารกตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟร้อยละ 9.8 และ 14.55 เฉลี่ย 12.2 ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จำนวนวันนอนเฉลี่ยทารกตัวเหลือง 72-96 ชั่วโมง สาเหตุส่งเสริมให้ทารกแรกเกิดมีภาวะตัวเหลืองที่หอผู้ป่วยพิเศษมารดา พบว่าเกิดจากมารดามีหมู่เลือดกรุ๊ปโอ, มารดาครรภ์แรก, การคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง, ระดับน้ำนมมารดาน้อยกว่าระดับ 3 (บีบปูด) และทารกมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 4-5 ของน้ำหนักแรกเกิด ค่าบิลิรูบิน (MicroBilirubin: MB) เฉลี่ย 15 mg/dl

ดังนั้นจึงมีการประเมินปัญหาโดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพโตนานปีเดียว⁵ ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพโดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ด้านที่สัมพันธ์กัน ดังนี้ 1) ด้านโครงสร้าง พบว่าผู้ให้บริการเป็นพยาบาลที่อยู่ประจำในแผนกและมีพยาบาลจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงานร่วมกัน เนื่องจากอัตรากำลังของหน่วยงานไม่เพียงพอ ทำให้การปฏิบัติงานมีความหลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขึ้นกับสมรรถนะและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล และแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลโสธร จะเน้นการดูแลแก้ไขเมื่อทารกมีภาวะตัวเหลืองต้องส่องไฟ มีการกำหนดเกณฑ์ภาวะตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟ การประเมินภาวะตัวเหลืองใช้การเจาะเลือดทารก เพื่อตรวจค่าบิลิรูบินซึ่งทำให้ทารกเจ็บปวดและใช้การสังเกตสีผิว 2) ด้านกระบวนการ พบว่าการประเมินภาวะตัวเหลืองและการเฝ้าระวังติดตามและการให้การช่วยเหลือที่ล่าช้าจากการที่พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินสาเหตุการเกิดตัวเหลืองและขาดทักษะในการประเมินการประเมินภาวะลิ้นติด (Tongue Tie) ของทารกต่อการดูดนมมารดาซึ่งจะทำให้

ให้ทารกได้รับนมไม่เพียงพอ⁶ และการประเมินปริมาณน้ำนม หัวนม และการกระตุ้นการไหลของน้ำนมของมารดายังไม่ถูกต้อง⁷ 3) ด้านผลลัพธ์ เมื่อทารกได้รับการประเมินล่าช้า ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกขาดน้ำและมีการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ออกมาน้อย Bilirubin ที่อยู่ในลำไส้ของทารกถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น บิดามารดามีความกังวลต่อความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อบุตรต้องได้รับการรักษาพยาบาล เช่น เจาะเลือด ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการส่องไฟและกังวลค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น⁸

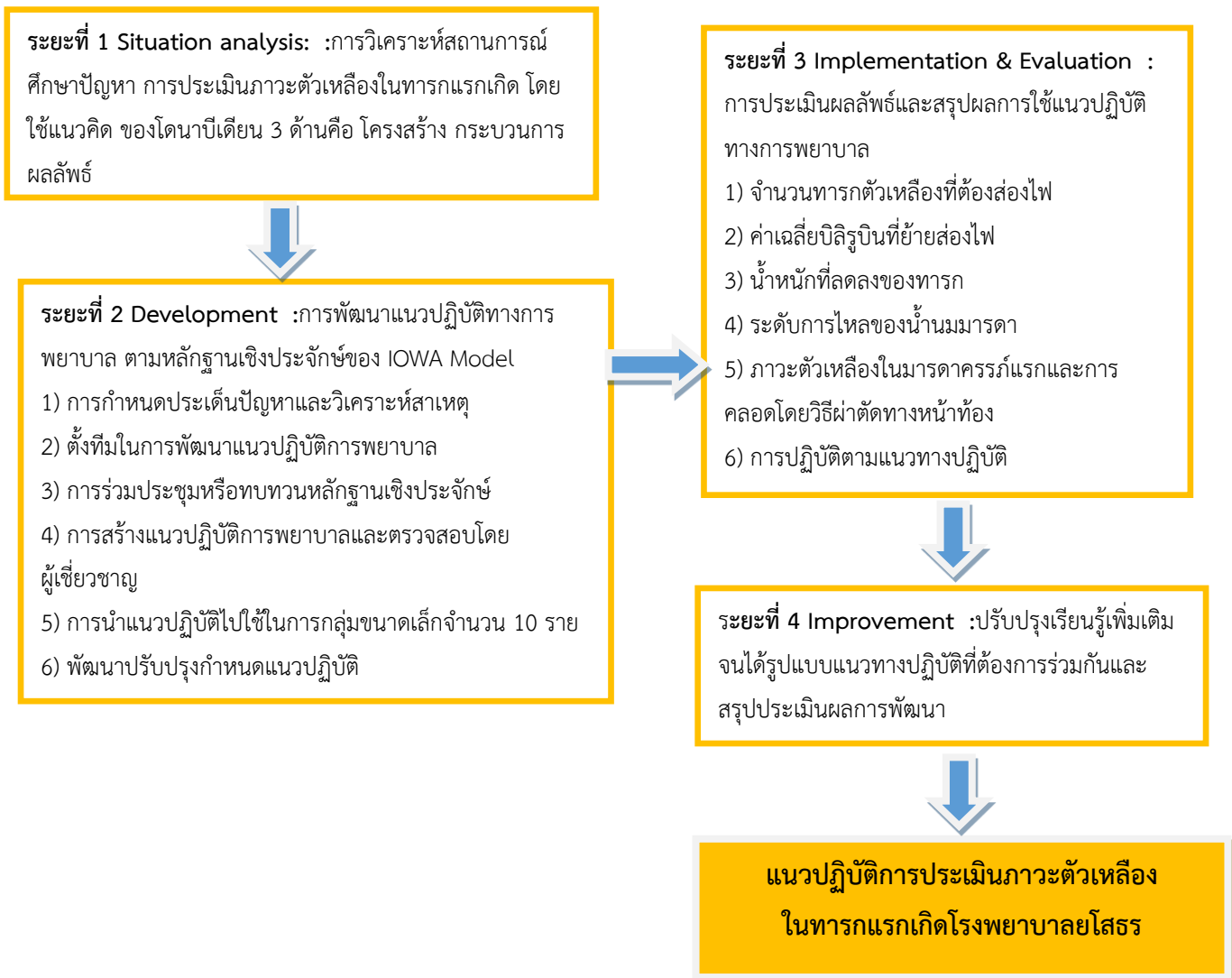
เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขามารดาทารก หัวข้อ เด็กไทยมีการเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย และลดอาการป่วยของทารกแรกเกิด ซึ่งจะส่งผลให้ลดความแออัดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมนโยบายสายสัมพันธ์แม่ลูกและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาลโยธธ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ จากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมผู้ปฏิบัติงานและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิด ครอบคลุมและมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือทารกแรกเกิดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มารดามีน้ำนมเพียงพอ พยาบาลสามารถประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้ถูกต้องและให้การช่วยเหลือได้รวดเร็วและลดจำนวนทารกตัวเหลือง และเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลโยธธ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด
2. เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ผู้วิจัยใช้รูปแบบและขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ IOWA Model⁹ เป็นกรอบในการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบในการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา (Conceptual frameworks)

การพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ และแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Situation analysis การวิเคราะห์สถานการณ์การประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โดยใช้แนวคิด ของโดนาปีเดียน 3 ด้านคือ โครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 2 Development : การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุที่พบในหน่วยงาน การกำหนดประเด็นปัญหาได้มาจากการทบทวนเวชระเบียนการเฝ้าระวังภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดของหอผู้ป่วยพิเศษมารดาโรงพยาบาล โสธร ปี 2562 และ 2563 มีจำนวนทารกแรกเกิด 485 รายและ 481 ราย มีจำนวนทารกแรกเกิดครบกำหนดมีภาวะตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟจำนวน 48 รายและ 70 ราย พบว่าอัตราทารกตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟร้อยละ 9.8 และ 14.55 เฉลี่ย 12.2 พบว่าเกิดจากมารดามีหมู่เลือดกรุ๊ปโอ,มารดาครั้งแรก, คลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง, ระดับน้ำนมมารดาน้อยกว่าระดับ3 (บีบหยด) และทารกมีน้ำหนักลดลงร้อยละ 4-5 ของน้ำหนักแรกเกิดค่าบิลิรูบิน (Micro Bilirubin: MB) เฉลี่ย15mg/dl จากการทบทวนแนวทางการป้องกันภาวะตัวเหลือง พบว่าการประเมินภาวะตัวเหลืองและการเฝ้าระวังติดตามและการให้การช่วยเหลือที่ล่าช้าจากการที่พยาบาลขาดความรู้ในการประเมินสาเหตุ

การเกิดตัวเหลืองและขาดทักษะในการประเมินการประเมินภาวะลิ้นติด (Tongue Tie) ของทารกต่อการดูดนมมารดาซึ่งจะทำให้ทารกได้รับนมไม่เพียงพอและการประเมินปริมาณน้ำนม หัวนม และการกระตุ้นการไหลของน้ำนมของมารดายังไม่ถูกต้อง เมื่อทารกได้รับการประเมินล่าช้า ได้รับน้ำนมไม่เพียงพอ ส่งผลให้ทารกขาดน้ำและมีการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะออกมาน้อย Bilirubin ที่อยู่ในลำไส้ของทารกถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดส่งผลให้ทารกเกิดภาวะตัวเหลืองซึ่งพบว่ามีความรุนแรงสูงขึ้น และแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลโยธธ จะเน้นการดูแลแก้ไขเมื่อทารกมีภาวะตัวเหลืองต้องส่องไฟ มีการกำหนดเกณฑ์ภาวะตัวเหลืองที่ต้องส่องไฟ การประเมินภาวะตัวเหลืองใช้การเจาะเลือดทารก เพื่อตรวจค่าบิลิรูบินซึ่งทำให้ทารกเจ็บปวดและใช้การสังเกตสีผิวของทารก ดังนั้นจึงต้องมีพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพ โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี คือทารกแรกเกิดปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย มารดามีน้ำนมเพียงพอ พยาบาลสามารถประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้ถูกต้องและให้การช่วยเหลือได้รวดเร็วและลดจำนวนทารกตัวเหลือง และเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลโยธธ

กิจกรรมที่ 2 การจัดตั้งทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ประสานกับบุคลากรในทีมการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ ประกอบด้วยกุมารแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยพิเศษมารดา 5 คนและพยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกุมารเวชกรรมมากกว่า 10 ปี 1 คน เสนอหัวหน้าพยาบาลเพื่อดำเนินการแต่งตั้งเป็นทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมที่ 3 การร่วมประชุมปรึกษาหารือทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์จากหลักฐานเอกสารวิชาการงานวิจัยต่างๆที่มีความน่าเชื่อถือ

กิจกรรมที่ 4 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานร่วมกับทีมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1) การสร้างแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดประชุมย่อย ทีมพัฒนาที่ได้รับการแต่งตั้งขึ้น เพื่อช่วยกันแสดงความคิดเห็น ระดมสมอง ช่วยกันออกแบบ แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ โดยการนำภาวะเสี่ยงต่างๆ และแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ ตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วยพิเศษมารดา โรงพยาบาลโยธธ

2) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ (ฉบับร่าง) ที่ได้จากการประชุมมาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมอีกครั้ง จากนั้นนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คนประกอบด้วย กุมารแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน (มีประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดมากกว่า 10 ปี) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนกระทั่งได้แนวปฏิบัติประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ (ฉบับสมบูรณ์) และมีการปรับแก้ไขข้อคำถามให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of item-Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 1.00

กิจกรรมที่ 5 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในกลุ่มขนาดเล็ก 10 ราย กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เป็นการนำแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ปฏิบัติงานยอมรับและเห็นด้วยกับแนวปฏิบัติที่สามารถประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกได้ดี จำนวนทารกตัวเหลืองที่ต้องย้ายไปส่องไฟลดลง พบปัญหาว่าแนวปฏิบัติมีความยุ่งยากและไม่สะดวกในการปฏิบัติงาน เช่น การซั่งน้ำหนักทุกแคว เนื่องจากการบริหารอัตรากำลัง ภายในหน่วยงานเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ : พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นดังนี้ 2:1 ,1:1 และ1:1ตามลำดับ และบางครั้งรบกวนช่วงเวลาของมารดาในการให้นมบุตร

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ และพัฒนาปรับปรุงจนได้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ที่เหมาะสมและใช้ได้ง่าย ลดระยะเวลาทำงาน ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีของมารดา

และทารก แต่ให้ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าเดิม โดยการนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้แก่ 1.ระดับการไหลของน้ำนมมารดา 2.ระดับความเหลืองของสีผิวทารก (Dermal zone) 3.จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระ 4.จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ 5.ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง นำปัจจัยดังกล่าวมาจัดกลุ่มทารกเป็นกลุ่มเขียว กลุ่มเหลือง และกลุ่มแดง และกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือตามการจัดกลุ่มทารก เพื่อประเมินภาวะตัวเหลืองได้ถูกต้องรวดเร็ว

ขั้นตอนที่ 3 Implementation & Evaluation : การประเมินผลลัพธ์ภายหลังจากการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลยโสธร ขั้นตอนนี้เป็นกรนำแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลยโสธรไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย ทารกแรกเกิดและมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลยโสธรและย้ายมาที่หอผู้ป่วยพิเศษมารดาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2563 – วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564 กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 240 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มารับปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษมารดา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 8 คน ผู้วิจัยมีการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ การเกิดภาวะทารกตัวเหลืองใน 1) มารดาตั้งครรภ์แรก 2) การคลอดโดยวิธีผ่าคลอด 3) ระดับการไหลของน้ำนมมารดา < ระดับ 3 4) ตัวเหลืองส่องไฟ 5) น้ำหนักลดลง 6) ค่าบิลิรูบินเฉลี่ยและ 7) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 Improvement:ปรับปรุงเรียนรู้เพิ่มเติมจนได้รูปแบบแนวทางปฏิบัติที่ต้องการร่วมกันและสรุปประเมินผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้รับบริการได้แก่ ทารกแรกเกิดและมารดาหลังคลอด ที่มาคลอดในโรงพยาบาลยโสธรและย้ายมาที่หอผู้ป่วยพิเศษมารดาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2564 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 240 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของเด็กดังนี้ คลอดครบกำหนด (อายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์) มีสุขภาพแข็งแรง มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม เกณฑ์การคัดออกคือ มีความพิการที่จะเป็นอุปสรรคในการดูนมมารดา เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ มีภาวะลื่นติดที่ไม่ได้รับการแก้ไข เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดหรือมีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด ด้านมารดา เป็นมารดาที่มาคลอดบุตรมีคุณสมบัติดังนี้ ได้แก่ อายุครรภ์ 38 – 42 สัปดาห์ คลอดโดยการผ่าตัดหรือคลอดทางช่องคลอด เป็นการคลอดบุตรที่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอยู่กับบุตรระยะเวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังคลอด เกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ เช่น มารดาติดเชื้อเอชไอวี เป็นวัณโรคระยะติดต่อ เป็นไวรัสตับอักเสบบี มีภาวะขาดสารอาหารเรื้อรัง เป็นโรคมะเร็ง มีปัญหาทางจิตเวช

2) กลุ่มผู้ให้บริการ พยาบาลวิชาชีพที่มารับปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษมารดา โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ 1) แนวปฏิบัติประเมินภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิด 2) เอกสารแผ่นพับคู่มือให้สุขศึกษา 3) การประเมินสุขภาพมารดาและทารก 4) การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลมารดาและทารก 2) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ 4) แบบวัดความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 5) แบบสอบถามความพึงพอใจของมารดา

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดำเนินการระหว่าง 31 ธันวาคม 2563-1 พฤษภาคม 2564

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ YST 2020 - 14 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบวัตถุประสงค์การศึกษา วิธีการ และขั้นตอนการเก็บรวบรวม พร้อมทั้งขอ

ความร่วมมือในการวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบตกลงหรือปฏิเสธ ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิยกเลิก โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆโดยไม่มีผลกับการดูแลรักษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด และช่วยเหลือมารดาส่งเสริมให้มีทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่แรก รับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านตามมาตรฐาน ข้อมูลวิจัยจะเก็บเป็นความลับและผลสรุปการศึกษาวิจัยจะเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลแล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัย

1. ได้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1. การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้แก่ 1) ปริมาณน้ำนมมารดา 2) Dermal Zone 3) จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมง 4) จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง และ 5) ร้อยละของน้ำหนักทารกที่ลดลง (weight loss)

การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (Early Assessment Neonatal Jaundice) ประกอบด้วย

1. ปริมาณน้ำนมมารดา

0 = ไม่มี, 1 = ปีบปูด, 2 = ปีบหยด, 3 = ปีบพุง, 4 = มีน้ำนมไหล (Let down Reflex)

2. Dermal Zone ประเมิน ดังตารางที่ 1

Zone	Jaundice	Serum indirect bilirubin(mg/dL)	
		Average	Maximum
1	Limited to head and neck	6	8
2	Over upper trunk	9	12
3	Over lower trunk, thighs	12	16
4	Over arms, legs, Below knee	15	18
5	Hand, feet	>15	

ตารางที่ 1 แสดง dermal Zone

3. จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมง (4-8 ครั้ง/วัน) อย่างน้อย 1-2 ครั้ง/เวร

4. จำนวนครั้งการถ่ายปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง (6 ครั้งขึ้นไป/วัน) Void 1-2 ครั้ง/เวร

5. ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง Weight Loss

น้อย WL 3-5% ปริมาณปัสสาวะปกติ

ปานกลาง WL 5-10% ปริมาณปัสสาวะ <1 cc/kg/hr.

มาก WL >10% ไม่มีปัสสาวะ หรือ <0.5 ml/kg/hr

1.2. การแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ กลุ่มสีเขียว(เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองต่ำ) กลุ่มสีเหลือง (เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองปานกลาง) กลุ่มสีแดง (เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองสูง)

1.3. การเตรียมพร้อมดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงแต่ละระดับอย่างครอบคลุมต่อเนื่องจนจำหน่าย

แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

Assessment	กลุ่ม 1	กลุ่ม2	กลุ่ม3
1. ปริมาณน้ำนมมารดา	4	3	0-2
2. Dermal Zone	1	2	3-5
3. จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระ	2	1	0
4. จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะ	2	1	0
5. ร้อยละของน้ำหนักที่ลดลง	3-4	5-10	> 10
หมายเหตุ มีอาการ 3ใน 5 ให้จัดเข้ากลุ่มนั้นๆ	แนวปฏิบัติ 1.กระตุ้นให้ดูดนมมารดา ทุก 2 ชั่วโมง2.ตรวจเยี่ยม ทุก 1-2ครั้งต่อแวน 3.ชั่งน้ำหนักวันละครั้ง 4.ประเมินภาวะตัวเหลือง 5.เจาะตรวจHct, MBเมื่อ ครบ 48 ชั่วโมง	แนวปฏิบัติ 1.กระตุ้นให้ดูดนมทุก1-2 ชั่วโมง 2.ตรวจเยี่ยมทุก 2ชั่วโมง 3.ชั่งน้ำหนักทุกแวน แวนเช้า เวลา14.00 น. แวนบ่าย เวลา20.0น. แวนดึก เวลา 06.00น. 4.ให้นมเสริมโดยหยดผ่านนมแม่5- 7 ซีซี ให้ 8-10ครั้งต่อวันโดย สัมพันธ์กับปริมาณน้ำนมแม่ 5.เจาะตรวจ Hct , MB เมื่อพบตัวเหลืองมากขึ้น	แนวปฏิบัติ 1.ให้นมเสริมปริมาณ15-20ซี ซี/มือ ให้ 8-10ครั้งต่อวัน 2.ตรวจเยี่ยมทุกชั่วโมง 3.เจาะตรวจ Hct, MB 4.รายงานแพทย์

2. ผลลัพธ์ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโยธธ

ภายหลังการดูแลทารกแรกเกิดตามแนวปฏิบัติ พบร้อยละของการเกิดภาวะตัวเหลืองในเด็กลดลง เมื่อเทียบกับ 2 ปีที่ผ่านมา และมีการดำเนินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ ร้อยละ 88.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เปรียบเทียบ ปีพ.ศ.2562 ถึง พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย (การเกิดภาวะตัวเหลืองใน)	ปี2562 N=485 ร้อยละ(จำนวน)	ปี2563 N=481 ร้อยละ(จำนวน)	ปี2564 N=240 ร้อยละ(จำนวน)
มารดาครรภ์แรก	62.5 (303)	40.0 (193)	21.25 (51)
การคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด	50.0 (242)	67.14 (323)	45.00 (108)
ระดับการไหลของน้ำนม<ระดับ3	80.4 (390)	60.26 (290)	53.33 (128)
การเกิดภาวะทารกตัวเหลือง	9.8 (48)	14.55 (70)	6.6 (16)
น้ำหนักลดลงเฉลี่ย	7.21	8.2	6.42
ค่าบิลิรูบินเฉลี่ย	15.23	14.77	14.3
การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	-	-	88.0

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการพัฒนาของ IOWA Modelซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1) การวิเคราะห์

สถานการณ์โดยการสนทนากลุ่ม การศึกษาข้อมูลสถิติ ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในปี 2562-2563 พิจารณาปัญหาที่ต้องการพัฒนาว่าเป็นปัญหาที่เป็นความต้องการขององค์กร 2) รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 3) พิจารณางานวิจัยที่สนับสนุนปัญหาดังกล่าวเพียงพอหรือไม่ แล้วจึงได้มีการดำเนินการโครงการนำร่องและ 4) พิจารณาความเหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงนั้นควรที่จะนำมาใช้หรือไม่ The IOWA Model มีขั้นตอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นที่ยอมรับจากนักวิชาการโดยประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด สามารถยืนยันกับผู้รับบริการได้ว่าเป็นบริการที่มีคุณภาพอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาระบบปฏิบัติการพยาบาล¹⁰ เช่น การศึกษาที่พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด อายุครรภ์และภาวะลื่นติด ส่วนปัจจัย ภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์มารดาไม่มีนํ้านมหรือนํ้า นมน้อยในวันแรกหลังคลอด วิธีการคลอด นํ้า หนักแรกเกิด การบาดเจ็บจากการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนั้นพยาบาลควรประเมินปัจจัยดังกล่าวในมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อนำข้อมูลมาวางแผน ให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด¹¹ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาและ นำ 5 ประเด็นการประเมินคือ ปริมาณนํ้านมมารดา Dermal Zone จำนวนครั้งการขับถ่ายอุจจาระใน 24 ชั่วโมง จำนวนครั้งการขับถ่ายปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง และ ร้อยละของนํ้าหนักทารกที่ลดลง มาใช้พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลโสธร

ทั้งนี้การประเมินทารกตัวเหลืองเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม สอดคล้องกับการศึกษาที่ให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินภาวะตัวเหลืองในเด็ก ที่ก่อให้เกิดอันตรายสำหรับเด็กและคุณภาพเด็กได้¹² นอกจากนี้การประเมินอาการของทารกแรกเกิด จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้มารดาที่เป็นผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่ได้รับการส่องไฟและต้องมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินเด็กอย่างเข้าใจ¹³ จึงจะช่วยให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การทำการประเมินตามแนวปฏิบัติส่งผลให้ทารกแรกเกิดทุกรายได้รับการประเมิน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติใหม่ในการเฝ้าระวังและวินิจฉัยทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ทำให้ทารกทุกรายได้รับการตรวจประเมินภาวะตัวเหลือง และสามารถระบุสาเหตุของภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดได้มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติใหม่¹⁴ ซึ่ง จะเกิดผลดีกับเด็ก

ผลวิจัยได้แนวทางการปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1.การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด 2.การแบ่งระดับกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 3.การเตรียมพร้อมดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงแต่ละระดับอย่างครอบคลุมต่อเนื่องจนจำหน่าย

สรุปผลการวิจัย

ผลลัพธ์แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติการพยาบาลและเป็นไปในแนวทางเดียวกันทำให้ทารกแรกเกิดได้รับการประเมินภาวะตัวเหลืองได้ถูกต้องรวดเร็วและได้รับการช่วยเหลือแก้ไขได้รวดเร็ว และในส่วนของผู้ให้บริการ การพัฒนาที่ต่อเนื่องยั่งยืน คือการนำกระบวนการมีส่วนร่วมมาใช้ ซึ่งทำให้พยาบาล ทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วมในการคิด ได้เกิดการเรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทำให้เกิด พฤติกรรมที่คั่งทน เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน ในส่วนของผู้รับบริการคือการป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองที่รุนแรงจนทำให้เกิดความพิการของสมอง โดยการส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมและมีทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

การสรุปผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีคือการเกิดภาวะตัวเหลืองใน 1) มารดาครรภ์แรกลดลง 2)การคลอดโดยวิธีผ่าตัดคลอด3) ระดับการไหลของนํ้านมมารดา<3 4) นํ้าหนักลดลง 5) ค่าบิลิรูบินเฉลี่ย 6) การเกิดภาวะซึ่งแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะขาดนํ้าและแก้ไขภาวะขาดนํ้าได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการนำผลลัพธ์แนวปฏิบัติการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ขยายผลสู่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดและหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เพื่อให้การดูแลและป้องกันการเกิดภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด
2. ควรมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติตามผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ ขยายสู่โรงพยาบาลลูกข่ายและโรงพยาบาลอื่นๆต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ทำการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นในหอผู้ป่วยที่ดูแลทารกแรกเกิด ทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและวิจัยเพื่อพัฒนาสู่การนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทารกแรกเกิดได้อย่างต่อเนื่อง
2. เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้มีสหสาขาวิชาชีพในการมีส่วนร่วมการพัฒนาแนวปฏิบัติเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้บริหารทุกระดับของโรงพยาบาลยโสธร กุมารแพทย์ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล. Neonatal Jaundice. Pediatrics. ใน: จันทรมาศ เสาวรส. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. สุรินทร์. ม.ค.-มิ.ย. 2562;(1):99-109.
2. สุชีรา แก้วประไพ, สุทธิพรรณ กิจเจริญ และจิราพร สิทธิถาวร. การประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;24(1):139-140,148-149
3. ประวันโน เกียรติชูสกุลและคณะ, 2555. ใน: จันทรมาศ เสาวรส. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด: ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. สุรินทร์. ม.ค.-มิ.ย. 2562;(1):99-109.
4. HOSxP[Internet]. ยโสธร. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2564].
5. Donabedian, A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, Oxford. (2003)
6. Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. Breastfeed Rev 2011;19(1):19-26.
7. Boskabadi H, Rakhshanizadeh F, Zakerihamidi M. Evaluation of Maternal Risk Factors in Neonatal Hyperbilirubinemia. Arch Iran Med. 2020 Feb 1;23(2):128-140. PMID: 32061076.
8. Ketsuwan S, Baiya N, Maelhacharoenporn K, Puapornpong P. The Association of Breastfeeding Practices with Neonatal Jaundice. J Med Assoc Thai. 2017 Mar;100(3):255-61. PMID: 29911780.
9. Iowa Model Collaborative. Iowa model of evidence-based practice: Revisions and validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2017; 14(3), 175-182. doi:10.1111/wvn.12223
10. ราไพ ศรีเนตร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Acute gastroenteritis ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลยโสธร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):189-194.

- 11.กีนรี ชัยสุวรรณค์ และชนพร แยมสุดา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด. วารสารแพทยนาวิ[อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2564];45(2):236-237. เข้าถึงได้จาก www.northbkk.ac.th/research_/?news=research&id=000571
- 12.จันทมาศ เสาวรส. ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด:ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม.ราชวดีสารวิทยาลัยบรมราชชนนีสุรินทร์[อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 3 ธันวาคม 2564]; 9(1):100-107.เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/195104>
- 13.นัยรัตน์ ดุลยวิจักษณ์, พนิดา อยู่ชัชวาล และชมลรรค กองอรรถ. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการมีส่วนร่วมของมารดาต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดครบกำหนดที่ได้รับการส่องไฟโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2563;23(3):94
- 14.สุชีรา แก้วประไพ, สุทธิพรรณ กิจเจริญ และจิราพร สิทธิถาวร. การประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;24(1):139-140,148-149

ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

มลวิภา กาศสมบุญ, ร.ป.ม.

Received: 22 October 2022

Revised: 10 Decemberr 2022

Accepted: 30 Decemberr 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง โดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 70 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick, 1988⁽¹⁾ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ดีกว่าและน้ำตาลสะสมต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน และยังพบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ดีกว่าและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด ดีวก่อนทดลอง

ดังนั้น ควรส่งเสริมงานเยี่ยมบ้านเชิงรุกในการติดตามการจัดการเบาหวานด้วยตนเองโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง, โรคเบาหวาน, ผู้สูงอายุ

The effect of diabetes self-management program on elderly diabetic patients Case Study in Khlong Khlung Hospital Kamphaeng Phet Province

Monwipa Katsomboon, M.P.A

Abstract

This quasi-experimental research was to study the effects of diabetes self-management program by relying on family cooperation in modifying self-care behaviors of diabetic patients to control the accumulated blood sugar level (HbA1c). The sample consisted of elderly diabetic patients who received services at Khlong Khlung Hospital Kamphaeng Phet Province, 70 people randomly selected into the experimental group and the comparison group, each group of 35 people. The experimental group received a diabetes self-management program based on the concept of Kanfer and Gaelick, 1988.⁽¹⁾ As for the comparison group, they will receive services

¹ Corresponding author: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ * สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

*Corresponding author, E-mail: monwipa15@hotmail.com

as usual. The research tools consisted of diabetes self-management program and a self-care behavior questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test and paired t-test.

The results showed that after using the program for 3 months, it was found that the experimental group had better eating behaviors and accumulated sugar (HbA1c) significantly lower than the comparison group ($p < 0.05$), but the overall self-care behavior of both groups no difference

Keywords: Diabetes self-management Program, Diabetes, Elderly

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นภาวะเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลารักษายาวนาน ผู้ป่วยจึงเกิดความเบื่อหน่ายในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนอกจากการบริการดูแลรักษาโดยทีมบุคลากรทางการแพทย์แล้วยังมีองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การรักษาบรรลุตามวัตถุประสงค์ก็คือความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลในการสนับสนุนการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลเท้าและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Wagner et al., 2001)⁽¹⁾ โดยมีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการรับประทานยา จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽²⁾ การศึกษาโดย Chvala, Sherr & Lipman (2016)⁽¹⁾ พบว่าผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมเกาะเม็ดเลือดแดงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้⁽³⁾ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือด ทำให้การจัดการตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ตัดสินใจ ตั้งเป้าหมาย และวางแผนร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์) ทั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดีขึ้นสามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ เช่น การศึกษาโดย Phothirud T., Pranfan S. and Songkhro K. (2020)⁽⁴⁾ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และยังพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการศึกษาโดย Sarajarat V., Sumano A. (2018)⁽⁵⁾ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.648, p < 0.05$) และ ($t = -2.39, p < 0.05$) ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.003, p < 0.05$)

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้พัฒนา “โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ” ตามแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991)⁽¹⁾ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการจำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินและการวางแผน 2) การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง 3) การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง 4) การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติหลังสิ้นสุดส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งจุดเด่นของการดำเนินกิจกรรมครั้งนี้คือการแบ่งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบที่ทำการศึกษามีลักษณะคล้าย ๆ กัน และจัดพยาบาลที่เลี้ยงให้ที่แตกต่างกันคือ กลุ่มทดลอง จะมีพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรังเป็นที่เลี้ยง ให้ความรู้ กำกับ ติดตาม โดยการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์สอบถามเป็นระยะ ๆ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จะมีพยาบาลทั่วไปเป็นที่เลี้ยงและให้การพยาบาลตามปกติ ซึ่งคล้ายกับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความรู้ พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวนก้าวเดิน และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 ของ Phuangchampa S., Phiboon K., Jaidee W., Chaiklongkit K. (2020)⁽⁶⁾ แต่ใช้เวลานานถึง 28 สัปดาห์ และการจัดการตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมโรคและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ของ Pensuwan Y., Sivina S. (2014)⁽⁷⁾ ที่ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) การตั้งเป้าหมาย (2) การติดตามตนเอง (3) การประเมินตนเอง และ (4) การเสริมแรงตนเอง แต่ไม่มีการระบุระยะเวลาที่ทำการศึกษา

สถานการณ์อำเภอคลองขลุง เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์และสูงที่สุดในจังหวัดกำแพงเพชร ส่วนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลคลองขลุงในปี.ศ.2560–2565 พบประชากรสูงอายุ ร้อยละ 21.75, 22.73, 26.30, 26.80, 27.29, 28.69 จะเห็นได้ว่าในปี.ศ.2565 เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super Aging) เมื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในห้าอันดับแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 23.33) และคิดเป็นร้อยละ 66.96 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล พบปัญหาที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 52.27, 36.41, 24.12, 30.94, 31.85, 39.51) ซึ่งมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ร้อยละ 1.36, 1.76, 1.72, 1.38, 0.94, 1.34 และยังพบว่าในปี.ศ.2565 พบภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 8.55) ตา (ร้อยละ 0.31) และเท้า (ร้อยละ 5.43)⁽⁸⁾ จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยสนใจจะศึกษา “ผลของโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร” เพื่อนำผลที่ได้ครั้งนี้เป็นแนวทางสนับสนุนการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดกำแพงเพชรในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

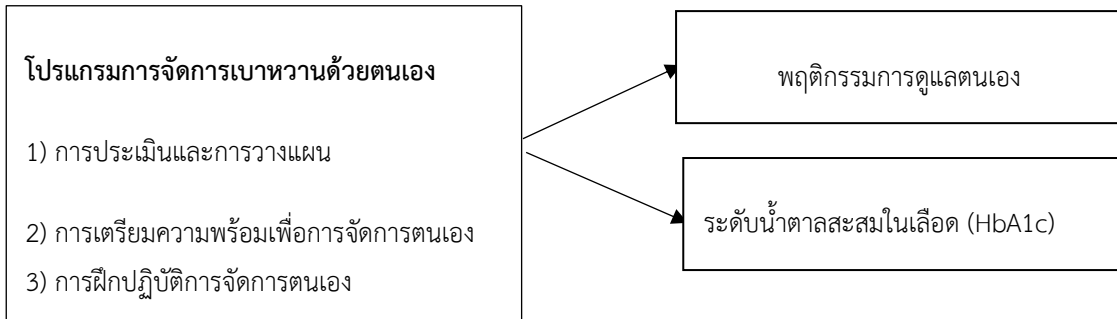
1. หลังได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่า และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่า และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่า โรคเบาหวานถึงแม้จะรักษาไม่หายขาด แต่ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ การให้ความรู้และปรับทัศนคติที่ถูกต้องเพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม (ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการกับความเครียด) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำแนวคิดของ Kanfer and Gaelick, 1988⁽¹⁾ มาทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุในโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร โดยนำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 448 คน⁽⁸⁾

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงอายุที่มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลคลองขลุง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.2 ใช้ค่า effect size = 0.07⁽⁹⁾ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) = 0.08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05⁽¹⁰⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการออกจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับสลากวันที่มารับบริการของผู้ป่วย ทั้งนี้โรงพยาบาลคลองขลุงให้บริการคลินิกเบาหวาน 2 วันต่อสัปดาห์คือวันพุธและวันศุกร์ ได้ผู้ป่วยที่มารับบริการในวันอังคารเป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่มารับบริการในวันศุกร์เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่มารับบริการวันพุธ จำนวน 35 ราย และวันศุกร์ จำนวน 35 ราย เป็น 70 ราย เนื่องจากต้องมีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพโรงพยาบาลคลองขลุง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้

1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

2) เป็นบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างเดียว และมีผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

3) เป็นบุคคลที่สามารถสื่อสารได้ อ่านเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือมีความบกพร่องทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด

4) สม่ัครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับ อัมพาตแขนขา ถูกตัดแขนหรือขาหรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง โดยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Kanfer and Gaelick, 1988⁽¹⁾ กิจกรรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวางแผนการจัดการตนเอง

- ค้นหาปัญหาในการจัดการตนเอง
- ค้นหาพฤติกรรมในการดูแลตนเองในอดีต
- กำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง
- วางแผนร่วมกับครอบครัวในการจัดการตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง

- 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค
- 2) สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง
 - การติดตามตนเอง (Self-monitoring)
 - การประเมินผล (Self-evaluation)
 - การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน

- บันทึกกิจกรรมกำกับตนเองในสมุดบันทึก
- การสนับสนุนจากครอบครัว
- เยี่ยมติดตามโดย จนท. สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

- จัดประชุมผู้เข้าร่วมโครงการ
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์
- ยกระดับการพัฒนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด โรคประจำตัวอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ใช้เกณฑ์การแปลผลของ Best⁽¹¹⁾ แบ่งความคิดเห็นเป็น 3 ระดับคือคะแนน 1.00–2.33 เป็นระดับต่ำ คะแนน 2.34–3.66 เป็นระดับปานกลาง คะแนน 3.67–5.00 เป็นระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้วิธีวัดความสอดคล้องภายในโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมในการวัดเครื่องมือหรือแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการตอบแบบสอบถาม การเข้าร่วมกิจกรรมและหนังสือยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง

1) จะได้รับ “โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง” นาน 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและการวางแผน

สัปดาห์ที่ 1 รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับ HbA1c และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมาย (Goal setting) คือลดระดับน้ำตาลให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษาให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ของตนเองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว นักวิจัยและพยาบาลคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองขลุงจะให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินผล (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement)

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง

สัปดาห์ที่ 2-12 กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุผลที่ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ไว้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

- การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยให้กลุ่มตัวอย่างคำนึงถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้คือการลดระดับน้ำตาลให้มีค่าใกล้เคียงกับเป้าหมายของการรักษาให้มากที่สุด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้วิจัยจะฝึกทักษะการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลให้กลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ให้ความรู้ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการจัดการตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกการผ่อนคลายความเครียด การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยจัดเป็นกลุ่ม ๆ ละ 15-20 คน และให้บันทึกวิธีการจัดการตนเองลงในแบบบันทึกการจัดการตนเองในแต่ละด้าน พร้อมปัญหา-อุปสรรคในการทำกิจกรรม

- การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เป็นขั้นตอนที่กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกการจัดการตนเองในแบบบันทึก แล้วนำข้อมูลมาพิจารณาและประเมินว่าการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเป้าหมาย (Goal setting) ที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ กรณีที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดผู้วิจัยจะร่วมค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เป็นสาเหตุของปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนและมีกำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

- การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีปฏิริยาต่อพฤติกรรมที่ได้จากกระบวนการประเมินตนเองที่เกี่ยวกับแรงจูงใจคือถ้าพฤติกรรมเป้าหมายสอดคล้องกับมาตรฐานบุคคลจะพอใจ เกิดแรงจูงใจให้เปลี่ยน แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นต่ำกว่ามาตรฐานจะทำให้บุคคลพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด เมื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สอดคล้องกับมาตรฐานจะต้องมีการเสริมแรง เพื่อเป็นการให้กำลังใจ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นและทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตน โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9 และ 11 เพื่อสร้างกำลังใจให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นข้อสงสัยหรือปัญหา-อุปสรรคในการจัดการตนเองได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล

การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติหลังสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง เป็นระยะที่ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นรายกลุ่มที่คลินิกโรคเบาหวานใช้เวลาประมาณ 90 นาที เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง

กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับบริการตามปกติ และจะทำการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ระดับ HbA1c และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ในสัปดาห์ที่ 1 กับสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ในการพรรณนาข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ
- 2) การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติวิเคราะห์ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (Level of Significance) ไว้ที่ 0.05
- 3) การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติวิเคราะห์ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และชี้แจงให้ทราบถึงประโยชน์ของงานวิจัย ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (เลขที่โครงการ 65 03 21 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.7 และ 57.1) อายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 68.6, เฉลี่ย 67.89 ปี; ร้อยละ 65.7, เฉลี่ย 68.11 ปี) ดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 25.46 กก./ม.² และ 25.62 กก./ม.² สถานภาพคู่ (ร้อยละ 71.4 เท่ากัน) การศึกษาชั้นประถม (ร้อยละ 77.1 และ 68.6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.1 และ 40.0) มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 85.7, เฉลี่ย 8,574.29 บาท; ร้อยละ 88.6, เฉลี่ย 7,471.43 บาท) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 12.01 ปี และ 12.37 ปี ระดับ HbA1c > 7mg% (ร้อยละ 51.4, เฉลี่ย 7.47 mg% และ ร้อยละ 51.4, เฉลี่ย 7.33 mg%) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่พบมากคือความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 43.3 และ 36.7; ร้อยละ 43.7 และ 39.4)

2. การเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 1) แต่หลังการทดลองใช้โปรแกรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารดีกว่า และน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองใช้โปรแกรม

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		t	p
	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.		
พฤติกรรมโดยรวม	126.03	9.61	127.29	10.27	0.529	0.599
ด้านการรับประทานอาหาร	32.97	4.11	32.57	3.66	-0.430	0.668
ด้านการรับประทานยา	37.03	2.41	36.89	3.43	-0.202	0.841
ด้านการออกกำลังกาย	27.40	3.87	28.26	4.14	0.895	0.374
ด้านการจัดการกับความเครียด	28.63	3.96	29.57	4.97	0.878	0.383
น้ำตาลสะสม (HbA1c)	7.47	1.42	7.33	1.52	-0.399	0.691

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังทดลองใช้โปรแกรม

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		t	p
	\bar{x}	SD.	\bar{x}	SD.		
พฤติกรรมโดยรวม	131.37	7.48	130.23	10.72	-0.517	0.607
ด้านการรับประทานอาหาร	35.34	2.75	27.11	4.32	-9.497	0.000
ด้านการรับประทานยา	37.20	1.84	37.06	3.06	-0.237	0.814
ด้านการออกกำลังกาย	28.49	3.30	28.77	4.13	0.320	0.750
ด้านการจัดการกับความเครียด	30.34	4.24	32.49	4.88	1.960	0.054
น้ำตาลสะสม (HbA1c)	6.82	1.10	7.59	1.66	2.311	0.024

3. การเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า

หลังได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียด แตกต่างจากก่อนทดลองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรม

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง (n = 35)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 35)		
	ก่อน	หลัง	p	ก่อน	หลัง	p
	$\bar{x} \pm SD.$	$\bar{x} \pm SD.$		$\bar{x} \pm SD.$	$\bar{x} \pm SD.$	
น้ำตาลสะสม (HbA1c)	7.47±1.42	6.82±1.10	0.000	7.33±1.52	7.59±1.66	0.095
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	126.03±9.61	131.37±7.48	0.000	127.29±10.27	130.23±10.72	0.070
ด้านการรับประทานอาหาร	32.97±4.11	35.34±2.75	0.000	32.57±3.66	27.11±4.32	0.000
ด้านการรับประทานยา	37.03±2.41	37.20±1.84	0.600	36.89±3.43	37.06±3.06	0.758
ด้านการออกกำลังกาย	27.40±3.87	28.49±3.30	0.047	28.26±4.14	28.77±4.13	0.287
ด้านการจัดการกับ ความเครียด	28.63±3.96	30.34±4.24	0.000	29.57±4.97	32.49±4.88	0.001

อภิปรายผล

ก่อนทดลองใช้โปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่หลังการทดลองใช้โปรแกรม 3 เดือนพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารดีกว่า และน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ($p < 0.05$) แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินผล (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ที่นักวิจัยและพยาบาลคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองขลุงได้จัดกิจกรรมในวันพบกลุ่มครั้งแรกทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และการที่กลุ่มตัวอย่างนำความรู้ที่ได้รับกลับไปทดลองปฏิบัติที่บ้านในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุผลที่ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) วัั้นนั้นเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถคิดตัดสินใจและวางแผนในการดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากการทดลองในระยะสั้น ๆ จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน มีการศึกษาโดย Thadang C.(2020)⁽¹⁾ พบว่าเมื่อเสร็จการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาโดย Plaengman C., Meenasantirak N.(2019)⁽¹²⁾ พบว่าหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 2 กลุ่ม พบผล HbA1c ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันทางสถิติ การศึกษาโดย Phromphahakul R., Wirotarat W., Wattanakitrailert D., Krainuwat K.(2020)⁽¹³⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.64, p < 0.001$) การศึกษาโดย Namphathai S.(2018)⁽¹⁴⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยาดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการศึกษาโดย Phuangchampa S., Phiboon K., Jaidee W., Chaiklongkit K.(2020)⁽⁶⁾ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของฮีโมโกลบินเอวันซี ระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

หลังการทดลองใช้โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด ดีกว่า และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ต่ำ

กว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่พฤติกรรมด้านการรับประทานยา ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เป็นเพราะผู้วิจัยและพยาบาลคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองขลุงได้ติดตามชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการเยี่ยมติดตามที่บ้านเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการดูแลตนเองที่ดีขึ้นทั้งด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการกับความเครียด แตกต่างจากก่อนทดลองฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่พฤติกรรมโดยรวม พฤติกรรมด้านการรับประทานยา พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มีการศึกษาโดย Phothirud T., Pranfan S. and Songkhro K.(2020)⁽⁴⁾ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าก่อนการทดลอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การศึกษาโดย Kerdmongkol P., Amnatsatsue K., Rattanasongtham P.(2017)⁽¹⁵⁾ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และพบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การศึกษาโดย Rattanasila R., Amnatsatsue K., Chansirikanjana S., Klunklin S., Kerdmongkol P. (2015)⁽¹⁶⁾ พบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาโดย Suthitham W., Wittayaphan S., Klampakorn S.(2016)⁽⁹⁾ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 การศึกษาโดย Sarajarat V., Sumano A.(2018)⁽⁵⁾ พบพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมจากเบาหวานสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซีลดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาโดย Nupornkit S., Sareerat T.(2018)⁽¹⁷⁾ พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลหลังอดอาหารและค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าก่อนทดลองใช้โปรแกรม ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน และน้ำตาลสะสม (HbA1c) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่หลังการทดลองใช้โปรแกรม 3 เดือนพบค่าเฉลี่ยด้านการรับประทานยา และน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้น ควรติดตามผล “โปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง” ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองขลุง ที่อนุญาตในการทำวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการฉบับนี้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Thadang C. *Effects of Self-Management Programs on Self-Competency Cognitive Behaviors. Self-manage blood sugar levels and the accumulation of red blood sugar levels in people with type 2 diabetes, Muang District, Ang Thong Province.* [Master of Public Health Thesis] .Graduate School; Phitsanulok: Naresuan University. 2020.

2. Buathongwiset P., Pinchaliew D. and Munsat S. The effectiveness of Self–management program in type 2 diabetes patients in Tha Ko Subdistrict, Mae Suai District, Chiang Rai Province. *Police Nurse Journal* 2017; 9:105–116.
3. Duangklad K., Lapwongwatana P., Chansatitporn N. Promote self–management in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 36:66–83.
4. Phothisud T., Pranfan S. and Songkhro K. The results of the program to support the self– management towards self–management behavior and hemoglobin A1c levels of type 2 diabetics, Chiang Klang Hospital, Nan Province. *Journal of Nursing* 2020; 69(2):11–20.
5. Sarajarat V., Sumano A. Effects of self–management support process on slowing kidney deterioration in diabetic patients with chronic renal insufficiency Laem Chabang Hospital, Chonburi. *Journal of Public Health and Health Sciences* 2018; 1(3):13–26.
6. Phuangchampa S., Phiboon K., Jaidee W., Chaiklongkit K. The results of the support program support self–management towards knowledge exercise behavior number of steps and hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes mellitus, *Naval Medical Journal* 2020; 47(2):275–300.
7. Pensuwan Y., Sivina S. Self–management Effects on Disease Control Behavior and Hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes mellitus in primary care unit Kaset Wisai District Roi Et Province. *Disease control journal* 2014; 40(2):203–214.
8. Kamphaeng Phet Provincial Public Health Office, Public Health Strategic Development Work Group. *Report NCD ClinicPlus Indicator Report 2022*. [Internet]. [Accessed March 25, 2022]. Accessed from: https://kpt.hdc.moph.go.th.hdc/report/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_Year=2022
9. Suthitham W., Wittayaphan S., Klampakorn S. Effects of the ability development program in self–care on self–care behaviors and hemoglobin A1c levels of type 2 diabetes patients at Lan Saka Hospital. *Journal of the Council of Nursing* 2016; 31:19–31.
10. Kevin A” Cradock, Gearoid Oaighin, Francis M. Finucane, Rhyann McKay, Leo R. Quinlan, Kathleen A. Martin Ginis, and Heather L. Gainforth. Diet Behavior Change Techniques in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta–analysis. *Diabetes Care* 2017; 40:1800–1810.
11. Kaewsri–Ngam P. Long–term care system and quality of life of dependent elderly. Khlong Khlung District Kamphaeng Phet Province. *Journal of the Association of Preventive Medicine of Thailand* 2021; 11(2):1–26.
12. Plaengman C., Meenasantirak N. *Nutritional status and consumption behavior Diet of diabetic patients, Tha Song Khon Subdistrict, Mueang District, Maha Sarakham Province*. Faculty of Humanities and Social Sciences and the Faculty of Management Science Maha Sarakham Rajabhat University. 2019.
13. Phromphahakul R., Wirotarat W., Wattanakitrailert D., Krainuwat K. Effects of self–regulatory programs on eating behavior in the elderly type 2 diabetes that can’t control blood sugar levels. *Journal of Health and Nursing Research* 2020; 38(2):32–45.

14. Namphathai S. *Effects of diabetes self-management program on self-management behaviors controlling blood sugar levels and mean blood glucose in uncontrolled type 2 diabetes patients*. [Thesis for Master of Nursing Science Adult Nursing] Faculty of Nursing Christian University. 2018.
15. Kerdmongkol P., Amnatsatsue K., Rattanasongtham P. The results of the program Case management in diabetic elderly with diabetic retinopathy. *Journal of Public Health Nurses* 2017; 31(2):1-10.
16. Rattanasila R., Amnatsatsue K., Chansirikanjana S., Klunklin S., Kerdmongkol P. The effects of patient management program on elderly cases with uncontrolled diabetes. *Journal of Public Health Nurses* 2015; 29:67-79.
17. Nupornkit S., Sareerat T. Effects of health promotion program in conjunction with organizing group process for self-care behavior modification of type 2 diabetes patients at Sukkasem City Community Health Center, That Choeng Chum Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2018; 21:77-86.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด

Received: 3 August 2022

Revised: 17 October 2022

Accepted: 30 Decemberr 2022

ประจุมพร สุวรรณรัตน์, พย.ม.¹ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, พย.ม.²ศศิธร คำพันธ์ พย.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลต้ง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนด และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติไคว์สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันทางสถิติ โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 6.67 และ 16.67 ตามลำดับ ส่วนอัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยไม่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลอง แต่พบในกลุ่มควบคุมถึงร้อยละ 30 ดังนั้นการใช้โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดสามารถตั้งครรถ์จนครบกำหนดคลอดได้นั้น จำเป็นต้องส่งเสริมศักยภาพให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การคลอดก่อนกำหนด, การส่งเสริมศักยภาพ

1 Corresponding Author , พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลต้ง E-mail:p_suwanrat@hotmail.com

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ต้ง

Effects of Empowerment Program for pregnant women at risk of preterm labor on the prevalence of preterm Labour and preterm delivery

Prachomporn Suwanrat M.N.S¹,
Tippawan boonyaporn M.N.S²,
Sasitorn kumpan M.N.S²

Abstract

This research was quasi-experimental, a two-group study comparing experimental and control groups to study an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor. Pregnant women at Trang Hospital who were at risk of preterm labor were included in the study. The sample group was divided into a control group that received standard prenatal care, and an experimental group that received an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor, 30 per group. The instruments for the intervention consist of 1) an empowerment program for pregnant women at risk of preterm labor 2) preterm labor knowledge measurement and 3) the birth outcome record. The data were analyzed using descriptive statistics and Chi-squared statistics.

The results showed that the prevalence of preterm labor was not significantly different between the experimental group and the control group. The prevalence of preterm labor in the experimental group and the control group was 6.67% and 16.67%, respectively. The experimental and control groups had a significant difference in the prevalence of preterm delivery (P. 05). The experimental group did not find any preterm birth, while the control group found 30 percent of preterm deliveries. The results of this study suggest that utilizing empowerment programs for pregnant women at risk of preterm labor will enable them to prevent preterm labor and remain pregnant until full term. It is necessary to empower the pregnant woman to practice behaviors that prevent preterm birth.

Keywords: preterm labor, preterm delivery, risk of preterm labor, empowerment

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดในประเทศไทยยังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งทางสูติกรรม การคลอดก่อนกำหนดเป็นการคลอดตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์หรือ 259 วันของการตั้งครรภ์¹ โดยการคลอดก่อนกำหนดจะมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลัก จึงมักมีการวินิจฉัยโดยใช้อาการทางคลินิกของสตรีตั้งครรภ์มาประกอบ ได้แก่ อาการเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่ 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 6 ครั้งใน 60 นาที และปากมดลูกมีความบางตัวตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป และ/หรือปากมดลูกมีการเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร² การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50 – 80³ ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5.0-18.0 ของการเกิดมีชีพ 100 ราย จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่าการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี⁴ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 8-12 หรือประมาณ 80,000 รายต่อปี⁵ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขของไทยให้ความสำคัญกับปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย จึงมีการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์

แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ⁶ สำหรับโรงพยาบาลตั้งปี พ.ศ. 2563-2564 พบอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในปี 2563-2564 ร้อยละ 11.41, 12.21 ตามลำดับ ส่วนอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 10.26 และ 11.38⁷ ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราทารกคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 9

การคลอดก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องรับการรักษาด้วยยาที่ยังการหดตัวของมดลูก ซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการใจสั่น มือสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ภาวะงอกรวายนั่นหน้าอก หายใจไม่สุด และอาจรุนแรงมากจนเกิดภาวะน้ำคั่งในปอดได้¹ นอกจากนี้ยังทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีอาการไม่มั่นคง การรับรู้ลดลง หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึก ไม่แน่นอน มีความเครียดและวิตกกังวล บางรายมีอาการซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยวและเบื่อหน่าย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตนเองที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง³ รวมถึงมีการใช้ค่าใช้จ่ายและงบประมาณที่สูงในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ในอเมริกามีค่าใช้จ่าย 8.4 พันล้านดอลลาร์ต่อปี และยังมีค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดที่สูงจากการที่ทารกแรกเกิดต้องรักษาในห้องอภิบาลทารกแรกเกิด โดยมีค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เฉลี่ย 76,153 ดอลลาร์⁸ และใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลนานเฉลี่ยร้อยละ 2-3 เดือน ประเทศไทยมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 175,000 บาทต่อราย และประเทศต้องใช้งบประมาณดูแลปีละไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี⁹ การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของทารกยังไม่สมบูรณ์ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) มีภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) อาจมีภาวะแทรกซ้อน ลำไส้เน่าเปื่อย ภาวะ จอตาเจริญผิดปกติหรือโรคปอดเรื้อรัง ถือเป็นภาวะของครอบครัวเป็นอย่างมาก นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการตายของทารกแรกเกิด¹⁰ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) หมายถึงการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) หมายถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในสตรีที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัวของมดลูกและการเปิดของปากมดลูก¹¹ ซึ่งในการบริการทางสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและคลอดก่อนกำหนดพบว่า สาเหตุสำคัญของการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด คือ สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ ไม่เพียงพอเรื่องการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด มีผลทำให้มารับบริการช้าขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะผิดปกติ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการจัดทำโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดหลายโปรแกรม ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการให้ข้อมูลเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งมีการเสนอแนวคิดการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมศักยภาพของ Gibson¹³ ซึ่งกระบวนการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทั้งนี้ การส่งเสริมศักยภาพเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้นและไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์พยาบาล แต่ต้องสร้างกระบวนการสนับสนุนให้กลุ่มหรือบุคคลนั้นมีความสามารถเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการตัดสินใจสำหรับควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ การส่งเสริมศักยภาพประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นความพยายามทำให้สตรีตั้งครรภ์ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาหรือสภาพตนเองในปัจจุบัน เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา (critical rejection) เป็นการฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ มีการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) เป็นขั้นตอนที่สตรีตั้งครรภ์มีการพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติ

เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมหรือป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจของตนเอง ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ หากสตรีตั้งครรรภ์นำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติแล้วเกิดปัญหา ทั้งพยาบาลและสตรีตั้งครรรภ์ร่วมกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สตรีตั้งครรรภ์มีความมั่นใจและมีศักยภาพที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนด¹³ ทั้งนี้กระบวนการจะเน้นให้สตรีตั้งครรรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและยา การรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน และการจัดการความเครียด เพื่อเป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งการศึกษานี้ใช้กิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด นำไปสู่ผลลัพธ์ของอัตราการเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดที่ลดลงได้ จากกระบวนการของการส่งเสริมศักยภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมของสตรีตั้งครรรภ์ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการส่งเสริมศักยภาพของ Gibson¹³ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันการเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดที่มีประสิทธิภาพและเฉพาะเจาะจงกับสตรีตั้งครรรภ์แต่ละราย เพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนด สามารถดูแลตนเองและสังเกตอาการผิดปกติที่มาโรงพยาบาลได้ทันเวลา และทำให้การตั้งครรรภ์ดำเนินต่อไปจนครรรภ์ครบกำหนดคลอดต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษามลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด

สมมติฐาน

1. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยใช้ขั้นตอนสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical rejection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ทั้งนี้เน้นให้สตรีตั้งครรรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและยา การรับผิดชอบต่อสุขภาพ และกิจกรรมประจำวันและการพักผ่อน ซึ่งการศึกษานี้ใช้กิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังแสดงในภาพที่ 1

โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด**กิจกรรมรายกลุ่ม**

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด พร้อมทั้งคู่มือเรื่อง “ไขข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด”

ครั้งที่ 2 (ตามนัดการฝากครรภ์ปกติของสตรีตั้งครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์) ประเมินความเข้าใจปัญหาการคลอดก่อนกำหนด สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ครั้งที่ 3 (ตามนัดการฝากครรภ์ปกติของสตรีตั้งครรภ์ทุก 1-2 สัปดาห์) ติดตามผลในการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการจดบันทึกและการติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ (Line) ตามคู่มือ

กิจกรรมรายบุคคล

- 1) การติดตามและประเมินอาการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการนัดฝากครรภ์ตามปกติ
- 2) การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line)

**อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์
คลอดอัตราการคลอดก่อน
กำหนด**

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังทดลอง เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรังระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 - กันยายน 2565 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ อายุครรภ์ระหว่าง 24-28 สัปดาห์ มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดตามแบบประเมินความเสี่ยงภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอย่างน้อย 1 ข้อ สามารถตรวจตามนัดที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ทุก 1-2 สัปดาห์ได้ สามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ตลอดการวิจัย สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูดหรือใช้ภาษา หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 1 ครั้งหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์จะถือเป็นเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิตและเบค¹⁵ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากงานวิจัยของสุพัตรา ปิ่นแก้วและคณะ¹⁶ คำนวณได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเท่ากับ 1.77 ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับลดขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่างเหลือ .80 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย และเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละร้อยละ 20 (Attrition Rate) เป็นกลุ่มละ 30 ราย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มโดยการจับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับสลากได้กลุ่มตัวอย่างที่นัดฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่นัดฝากครรภ์วันพุธและวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 กิจกรรม เป็นกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดพร้อมทั้งคู่มือ ครั้งที่ 2 ประเมินความเข้าใจปัญหาการคลอดก่อนกำหนด สอนการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเองรวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และครั้งที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการจดบันทึก ส่วนกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้งกิจกรรมรายบุคคล เป็นการติดตามและประเมินอาการภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line) โดยโปรแกรมประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้าง พลังอำนาจของ Gibson¹³ ใช้ขั้นตอนสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical rejection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (taking charge) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกสูติกรรม 1 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 24 ข้อ และ 2) แบบบันทึกผลลัพธ์ของการคลอด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ ข้อมูลสูติกรรมจำนวน 11 ข้อ ผลลัพธ์ด้านมารดาจำนวน 4 ข้อ และผลลัพธ์ด้านทารกจำนวน 4 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ได้ค่า S-CVI 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.71 และ 0.88 ตามลำดับ

3. การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายวิธีการและขั้นตอนให้พยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ทราบ เพื่อความเข้าใจในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 30 คน ก่อนดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่มีผลต่อการรักษาและข้อมูลจะเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามยินยอม ทั้งนี้โครงร่างการวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง (รทส ID 011/05-2565) จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยในกลุ่มควบคุมซึ่งนัดฝากครรภ์วันจันทร์และวันอังคารจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยร่วมกิจกรรมกลุ่มของแผนกฝากครรภ์จำนวน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มทดลองที่นัดฝากครรภ์วันพุธและวันพฤหัสบดีได้รับการส่งเสริมศักยภาพ สตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดำเนินการกิจกรรมรายกลุ่ม 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และการค้นหาปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของตนเอง ครั้งที่ 2 เสริมทักษะการสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแก่สตรีตั้งครรภ์ ให้สตรีตั้งครรภ์วางแผนและกำหนดพฤติกรรมลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ชี้แจงการจดบันทึกการหดตัวของมดลูกในคู่มือไขข้อข้องใจที่คุณแม่ควรรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทบทวนการสอบถามพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ (Line) ครั้งที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติตามแผนการลดความเสี่ยงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประเมินสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการประเมินการหดตัวของมดลูกด้วยตนเอง ทบทวนการจดบันทึกเมื่อมีอาการ จากนั้นเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง โดยติดตามและประเมินอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในการนัดฝากครรภ์ตามปกติของสตรีตั้งครรภ์ รวมถึงการติดตามผ่านทางโทรศัพท์และไลน์ (Line) โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามหรือสอบถามทางไลน์ทุกสัปดาห์ เพื่อประเมินอาการผิดปกติ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยแบบประเมินความรู้และติดตามข้อมูลการคลอดและการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยค่านามหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด และผลลัพธ์การคลอดและใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 20	8	26.67	3	10.00
	20-35	17	56.67	19	63.33
	มากกว่า 35	5	16.66	8	26.67
สถานภาพ	โสด	0	0	1	3.30
	คู่	29	96.70	27	90.00
	หม้าย/แยก	1	3.30	2	6.70
ศาสนา	พุทธ	29	96.70	29	96.70
	อิสลาม	1	3.30	1	3.30
ระดับการศึกษา	ประถม	4	13.30	5	16.70
	มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30	12	40
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	46.70	9	30
	ปริญญาตรี	3	10	3	10
	สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	3.30
การพักอาศัย	อยู่กับสามี	12	40	19	63.30
	อยู่กับสามีและครอบครัว	16	53.30	9	30.00
	อยู่กับพ่อแม่และแยกกับสามี	2	6.70	2	6.70
อาชีพ	ทำสวน	4	13.30	2	6.70
	ค้าขาย	3	10	6	20
	รับจ้าง	11	36.70	10	33.30
	ราชการ	0	0	1	3.30
	แม่บ้าน	11	36.70	11	36.70
	อื่นๆ	1	3.30	0	0
รายได้ (บาท)	ต่ำกว่า 10000	26	86.67	19	63.33
	10,001-20,000	3	10	9	30
	20,001-30,000	1	3.33	2	6.67

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการตั้งครรภ์	1	9	30	5	16.70
	2	16	53.30	11	36.70
	3	4	13.30	8	26.70
	มากกว่า 4	1	3.30	6	20
ประวัติการแท้ง	มี	26	86.70	23	76.70
	ไม่มี	4	13.30	7	23.30
จำนวนการฝากครรภ์	1-8 ครั้ง	8	26.67	17	56.67
	มากกว่า 8 ครั้ง	22	73.33	13	43.33
ฝากครรภ์ครั้งแรก	ก่อน 12 สัปดาห์	24	80	20	66.67
	หลัง 12 สัปดาห์	6	20	10	33.33
อายุครรภ์ที่คลอด	น้อยกว่า 37 สัปดาห์	0	0	9	30
	มากกว่า 37 สัปดาห์	30	100	21	70
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอ	17	56.70	14	46.70
	ไม่เพียงพอ	13	43.30	16	53.30
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	ต่ำกว่า 150	5	16.67	3	10.00
	151-160	18	60	18	60
	160-170	7	23.33	9	30
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	ต่ำกว่า 50	4	13.33	7	23.33
	51-60	6	20	8	26.67
	61-70	0	0	8	26.67
	71-80	12	40	5	16.67
	มากกว่า 80	5	16.67	2	6.67
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น	1-5	2	6.67	5	16.67
ระหว่างตั้งครรภ์ (กิโลกรัม)	5.1-10	14	46.67	12	40
	10.1-15	11	36.67	8	26.67
	15.1-20	3	10	5	16.67

2. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองร้อยละ 6.67 ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 16.67 ดังตารางที่ 1

3. อัตราการคลอดก่อนกำหนด พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยกลุ่มทดลองไม่พบอัตราการคลอดก่อนกำหนด ขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 30 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	P-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด		
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	2 (6.67)	28 (93.33)	5 (16.67)	25 (83.33)	1.239	0.426
คลอดก่อนกำหนด	0 (0.0)	30 (100)	9 (30)	21 (70)	10.58	0.002

การอภิปรายผล

1. อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยพบอัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ร้อยละ 6.67 (2 คน) และ 16.67 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาค่าร้อยละที่พบในงานวิจัยต่างกันร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้สามารถลดอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 10 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้น และไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล เป็นต้น ในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดังกล่าว 2 กิจกรรม เป็นกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ถึงแม้จะเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อประคับประคองให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนดได้ ดังงานวิจัยของปิยะนุช เมฆฉาย¹⁷ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอด ก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีมีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.766, p < .001$) ถึงแม้ในการวิจัยครั้งนี้อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของอุษา คงคาและคณะ¹⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อันเนื่องมาจากโปรแกรมหุ่นส่วนทางการพยาบาลยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูลไม่เพียงพอ และมีปัญหาบางประการที่สตรีตั้งครรภ์ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ในงานวิจัยครั้งนี้อาจมีสาเหตุและปัจจัยส่วนบุคคลที่การดำเนินการวิจัย ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การทำงาน อายุของมารดา จำนวนการตั้งครรภ์ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ด้วย และทำวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้พบ อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 6.67 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมพบภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คนร้อยละ 16.67 เมื่อพิจารณาค่าร้อยละที่พบในงานวิจัยต่างกันร้อยละ 10 ซึ่งกลุ่มควบคุมนั้นจะได้รับความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 2 ครั้ง เป็นการให้ความรู้แบบรายกลุ่ม แต่ไม่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดรายบุคคลเหมือนกลุ่มทดลอง จึงอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่อาจไม่เพียงพอที่จะป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

2. อัตราการคลอดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และในกลุ่มทดลองไม่พบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 100 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson¹³ ซึ่งช่วยทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้เรียนรู้ ตระหนัก และพัฒนาความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผ่านการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมรายกลุ่มจำนวน 3 ครั้งและเป็นกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 6-8 ครั้ง เพื่อส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ และทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด จากข้อมูลในกลุ่มทดลอง 2 รายที่คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด มารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้น ซึ่งปากมดลูกเปิดแรกรับไม่เกิน 1 เซนติเมตร ทำให้ยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้สำเร็จ สามารถตั้งครรภ์ต่อจนคลอดครบกำหนดได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัตรา ปิ่นแก้วและคณะ¹⁶ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและ การคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และงานวิจัยของทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์และคณะ¹⁹ พบว่าสัดส่วนการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ต้องนอนโรงพยาบาลและสัดส่วนการคลอดก่อนกำหนดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$, $p=0.010$) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากคะแนนความรู้ที่เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้อีกกว่า ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดระหว่างร้อยละ 60-79.99 ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ ทำให้สามารถตั้งครรภ์จนครบกำหนด

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดและและอัตราการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ใช้คู่มือโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล
2. ขยายผลการวิจัยเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ทองสง, บรรณิการ. สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams obstetrics* (25 ed.). New York : McGraw-Hill Education; 2018.
3. Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jua XM, Zhang SF, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord* 2014;159:103–10.
4. World Health Organization. World Prematurity Day 2012 [Online]. [Cited September 18, 2019]. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/20121117_world_prematurity_day/en/index1.html. 2019
5. อุ๋นใจ กอนันตกุล. บทความวิชาการ: การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนด เพื่อป้องกันรักษา. *สูตินรีแพทย์สัมพันธ์* 2562;28, 8-15.
6. กองนโยบายและแผน. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 – 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

7. ฐานข้อมูล Health Data Center (HDC). สถิติการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดตรัง; 2564
8. Beam AL, Fried I, Palmer N, *et al.* Estimates of healthcare spending for preterm and low-birthweight infants in a commercially insured population: 2008–2016. *J Perinatal* 2020;40,1091–099.
9. ญัฐญา เนตรหิน. สธ.เผยสถิติหญิงตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด 6.4-8 หมื่นคน/ปีกว่า1หมื่นรายเด็กต้องอยู่ICU. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2565] เข้าถึงได้จากhttp://www.thanonline.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151171:64-8-1icu
10. จีรวรรณ บัวแย้ม, เพ็ญบุหลัน ยาปานและสุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2562;25:243-54.
11. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;128(4):e155-e64.
12. วิไลรัตน์ วิศวะไพศาล, บุญช่วย ศรีธรรมศักดิ์, สาธิษฐ์ นากกระแสร์. ปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2559;8:83-90.
13. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995;21:1201-10.
14. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริภรณ์ เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข,และพรรณยุพา เนาว์ศรีสอน. การส่งเสริมศักยภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: บทบาทพยาบาล. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2563;35:238-45.
15. Polit DF, & Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
16. สุพัตรา ปิ่นแก้ว, เอมพร รตินธร, เขียวลักษณ์ เสรีเสถียร, และวิบูลย์ เรืองชัยนิคม. ผลของโปรแกรมการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและอัตราการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2557;22:57-71.
17. ปิยะนุช เมฆฉาย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวร่วมกับการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2555.
18. อุษา คงคา, เอมพร รตินธร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และอัมพัน เฉลิมโชคเจริญกิจ. ผลของโปรแกรมการเป็นหุ้นส่วนทางการพยาบาลต่อการคลอดก่อนกำหนดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2555;35:54-64.
19. ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชณี สุขวัฒนานนท์, และศศิธร อินทุตม. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่* 2563;45:47-55.

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนหนึ่งที่ต้องแนบหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า ๑**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าที่มุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้น กระชับ ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อ ผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อ และ นามสกุล ทั้ง ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้ง ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง เลยกก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ **ไม่ต้องมีการอ้างอิง**
บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผล โดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของ เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้าย เล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่

นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้ การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก”

ตัวอย่างเช่น (1)

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลข ของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1 -3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขรวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

[http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษา

และประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมี

ความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:), (;) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้.-

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

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. รุปรนา ตระกูลศิริศักดิ์, อีรยทุธ นัมคณิศรณ.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์./ สำนักพิมพ์./ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์] ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้.-

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

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562

5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.

6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020.

Available

from:

[https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=2843](https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431)

1

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]./ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen]./เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med

[Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์. ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วยเด็ก

วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>

9. ศุภสิริ ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouverใ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions https://he02.tci-	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการ พิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียน ให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่คุณเขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษรและ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการ และผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย.ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบ และพิสูจน์ อักษร และ บรรณาธิการ	1 สัปดาห์

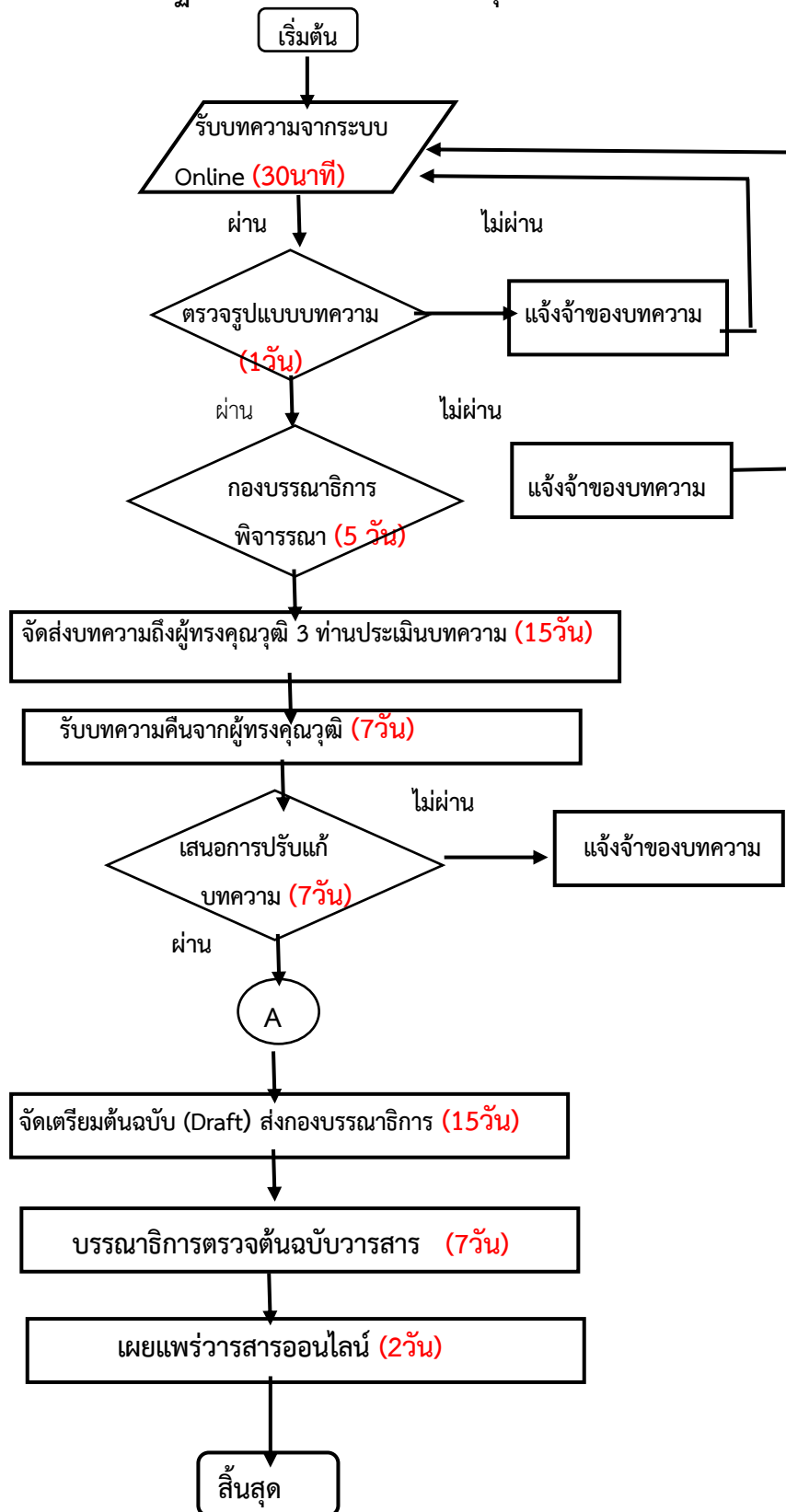
สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- (ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

1. การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 3,500 บาท/เรื่อง โดยผู้นิพนธ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น
2. ผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบเพื่อจ่ายค่าธรรมเนียม
3. ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้า บัญชีบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ธนาคารกรุงไทย สาขาอุตรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8
4. ส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่ (งานวารสาร –คุณภัทรวดี สมภักดี)

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

ทั้งนี้ ข้อมูลบัญชีธนาคารและขั้นตอนการส่งไฟล์หลักฐานการโอนเงิน อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวารสารจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้พิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้แก่ผู้นิพนธ์ หรือในกรณีที่ผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการจัดทำ/แก้ไขต้นฉบับบทความให้เสร็จเรียบร้อยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้กองบรรณาธิการ ตามวันเวลาที่กำหนด ทางกองบรรณาธิการมีสิทธิ์ในการยกเลิกการตีพิมพ์โดยไม่คืนเงินค่าธรรมเนียม

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (วารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้นิพนธ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB
2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรติดต่อ, ผลงานที่ผ่านมา กรณีผู้เขียนมากกว่า 1 ท่าน กรุณาส่งชื่อ ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ) E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงานให้ครบทุกท่าน หากไม่รายชื่อผู้เขียนร่วมส่งมา แสดงว่าท่านประสงค์จะตีพิมพ์เพียงท่านเดียว
3. ลงทะเบียนสมัครสมาชิก ตามขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 เข้าเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/>
 - 3.2 คลิกลงทะเบียน แล้วสร้าง Username / Password
 - 3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)

3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email

4. การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (Nursing, Health, and Education Journal)

ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก

- คลิก Author ใน User home

- Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

- Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and

Abstract, Index terms เป็นต้น ถ้ามีผู้แต่งหลายคน คลิกเพิ่มชื่อผู้เขียนจนครบ วารสารไม่อนุญาตให้ผู้เขียน

ขอเพิ่มชื่อผู้เขียนหลังจากเผยแพร่บทความออนไลน์แล้ว

- Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำ

การ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป

- Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ

5. รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์โดยเข้าระบบ คลิก Active submission

กรณี ตอบรับ ไม่แก้ไข รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร

กรณี ตอบรับ มีแก้ไข ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และอัปโหลดไฟล์บทความ ภายใน 7 วัน

กรณี ปฏิเสธ สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร

หลังจากนี้ ผู้นิพนธ์ต้องติดตามแก้ไขผลงาน ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ เพื่อดำเนินการปรับปรุง

แก้ไข ต้นฉบับบทความให้ถูกต้องสมบูรณ์และตรงตามเวลาที่กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

88 ถนนมิตรภาพ หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุตรธานี

จังหวัดอุตรธานี 41330

โทรศัพท์: งานวารสาร

E-mail: journal@bcnu.ac.th

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว

บทความวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์ และบทความวิจัย/ บทความวิชาการ อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของผลงาน มีความประสงค์ขอยกเลิก หรือยุติการตีพิมพ์ในวารสาร ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย/ บทความวิชาการ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ที่เป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนเงิน 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินเข้าวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้รับผิดชอบหลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330