

ISSN 2630-0214(Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567 | Vol.7 No.1 January- April 2024

NHEJ

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดำเนินการโดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์อย่างต่อเนื่อง วารสารเผยแพร่ปีละ 3 ปี กษ ฉบับนี้ เป็นปีที่ 7 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน-2567) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของผู้นิพนธ์ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษาจากหลายสถาบัน ฉบับนี้มีบทความ 8 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย 7 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง บทความวิจัยฉบับนี้ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าติดตามเกี่ยวกับ บทความวิจัยมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ต้องพัฒนาเพื่อการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ บทความที่เกี่ยวกับแม่และเด็ก ได้แก่ ผลการเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดด้วยวิธีของ Dare และ Johnson การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอนองหาน จังหวัดอุตรดิตถ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการเกี่ยวกับการเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์โดยส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th หรือส่งบทความที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines>

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้นิพนธ์บทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตัวเองในหน้าร้อน คือ อย่าไปอยู่กลางแจ้งให้นานเกินไป ถ้ามีร่มก็สามารถใช้ร่มได้ ตีมน้ำให้มาก ๆ ทานน้ำแข็ง ทานไอศกรีม หรือถ้าอยู่ในบ้าน พยายามเปิดประตู หน้าต่าง อย่ายู่ในที่อับ อย่ายู่ในห้องปิด การอยู่ในห้องปิดจะทำให้อากาศถ่ายเทไม่ได้ แล้วเกิดความร้อนสะสม ทำให้เกิดฮีทสโตรกได้แม้ในบ้าน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อย่าย่อออกไปอยู่กลางแจ้งนานเกินไป ถ้าจำเป็นจริง ๆ ที่จะต้องออกไปอยู่กลางแจ้ง ข้อควรระวังคือ อย่าทำให้ร่างกายขาดน้ำ เติมน้ำ เต็มน้ำเยอะ ๆ และอย่าลืมป้องกันโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัย ก่อนออกจากบ้าน ลดกิจกรรมออกนอกบ้าน และตามปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่เผาป่า เผาขยะกลางแจ้ง ลดเลี้ยง ฝุ่น PM 2.5 ที่ เพื่อสุขภาพที่ดี แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร.จิราพร วรวงศ์

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
2. ดร.จิราพร วรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์	บรรณาธิการ
3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
4. ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.ชญญาวิรัช ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	กองบรรณาธิการ
8. นางภัณฑิรา เพื่อทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์	กองบรรณาธิการ
9. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนายุ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร. อันวดี ศรีธาวีรัตน์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร รัตกระโทก	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปนัดดา ปริญญาฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
13. ผศ. ดร.ณิชาชนันท์ ปัญญาเอก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
14. พญ.ดร.เสาวนันทน์ บำเรอราช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
16. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์	กองบรรณาธิการ
17. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
18. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
19. ดร.กิตติภูมิ ภิญญา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
20. ภกญ.ดร.เพ็ญญา ศรีหิรัญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
21. ผศ.ดร.วิสัย คตะตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	กองบรรณาธิการ
22. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กองบรรณาธิการ
23. ดร.ศิมลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุตรดิตถ์	กองบรรณาธิการ
24. ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กองบรรณาธิการ
25. ดร.ทักษิภา ชัชวรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา
Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|--|---|
| 1. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 2. ดร.ชญญาวิรัช ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 3. ดร. สุภารัตน์ พิสัยพันธ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 4. ดร.พัชรภา กาญจนอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา |
| 6. ดร.ยุพภรณ์ ตีรไพรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 8. ดร.วาริรัตน์ จิตติถาวร | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 9. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 10. ดร.ศิราณี อิ่มน้ำขาว | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 11. ดร.ทรงสุดา หมื่นไธสง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น |
| 12. ดร.อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม |
| 13. ดร.มนฤดี มโนรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |
| 14. ดร.สมสกุล นีละสมิต | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 15. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงรวี มณีศรี | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |

บทความวิจัย

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

Received: 5 January 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 26 April 2024

อัจฉรา มีนาสันติรักษ์ ปร.ด^{1*}ชาลี ศิริพิทักษ์ชัย กศ.ม.²ณัฐวดี สุริยะ ปร.ด³

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น หากนำความสะดวกทางเทคโนโลยีมาใช้มีแอปพลิเคชันที่สะดวกต่อการดูแลตนเอง จะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การสร้างและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเบาหวาน พยาบาล ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล นำมาสร้างเว็บแอปพลิเคชันแล้วเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญในการสร้างเว็บแอปพลิเคชันพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ขั้นที่ 2 นำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้และประเมินผล ทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดมหาสารคาม 12 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยใน รพ.สต 4 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน วิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย: 1) ได้เว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีฟังก์ชันการทำงาน 2 ส่วน สำหรับพยาบาลและสำหรับผู้ป่วย 2) การประเมินคุณภาพด้านความสะดวกของผู้ป่วยในการดูแลจากเว็บแอปพลิเคชันพบว่าดีมาก 3) การประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันพบว่าพยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด และ มาก (Mean = 4.52, SD.= 0.56 และ Mean = 4.39, SD.= 0.48 ตามลำดับ)

สรุปผล: เว็บแอปพลิเคชันนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ: การใช้เว็บแอปพลิเคชันนี้มีข้อมูลช่วยปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ทำกิจกรรม ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: เว็บแอปพลิเคชัน, การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: atchara@smnc.ac.th

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Development of a web application for controlling blood sugar levels in diabetic patients.

Received: 5 January 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 26 April 2024

Atchara Meenasantirak Ph.D¹

Chalee Siripitakchai M.Ed²

Nuttawut Suriya Ph.D³

Abstract

Introduction: Diabetic patients who cannot control their blood sugar levels lead to more severe conditions. Utilizing technological convenience, if there are applications that facilitate self-care, they can greatly aid in controlling blood sugar levels.

Research objectives: This research and development aimed to develop a web application for controlling blood sugar levels in diabetic patients.

Research methodology: This study was research and development designed comprised two phases. Phase 1 involved the creation and development of the web application by gathering information from diabetes experts, nurses, patients, and their caregivers. The prototype was presented to web development specialists for evaluation and suggestions. Phase 2 entailed deploying and assessing the web application's effectiveness. It was tested with 12 diabetic patients in Mahasarakham Province. Four nurses who were responsible for patient care from Subdistrict Health Promoting Hospital. Data collection instruments included interviews and satisfaction surveys regarding the web application. Analysis involved frequency, percentage, mean, and standard deviation.

Results: The research findings were: 1) The web application for blood sugar control consisted of two functional components, one for nurses and one for patients. 2) The assessment of the web application's quality regarding patient convenience in viewing results was highly favorable. 3) Evaluation of satisfaction with the web application found that nurses and patients were overall satisfied at the highest and very high levels (Mean = 4.52, SD.= 0.56 and Mean = 4.39, SD.= 0.48 respectively)

Conclusions: This web application is suitable for benefiting the care of diabetic patients.

Implications: Using this web application provides information to adjust dietary behaviors, activities, and exercise to suit yourself, leading to better blood sugar control.

Keywords: Web application, Diabetes patient care, Blood sugar control.

¹ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: E-mail: atchara@smnc.ac.th

² Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสำคัญที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรทั่วโลก จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นในระดับโลกหรือในประเทศไทยเอง ในปี 2564 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีมากถึง 537 ล้านคน เป็นการเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ที่มีผู้ป่วย 425 ล้านคน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 90 ล้านคน และเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตทั่วโลกสูงถึง 6.7 ล้านคน¹ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี² เบาหวานเป็นโรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อนเพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ³ ถ้าภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาสูญเสียการมองเห็น ไตวายเรื้อรัง หัวใจขาดเลือด ขาปลายมือปลายเท้า⁴

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้เป็นเบาหวาน กำหนดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ไม่เกินร้อยละ 7³ สำหรับการดูแลด้านผู้ป่วยจะต้องให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดโดยเน้นที่พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา ควบคุมระดับน้ำตาล โดยทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุน อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มี HbA1C น้อยกว่า 7 mg% ต้องมากกว่าร้อยละ 40 แต่จากรายงานผลการดำเนินงานประจำปียังพบปัญหาในการควบคุมน้ำตาลมีจำนวนน้อย ผลในภาพรวมของประเทศไทยมีผู้ควบคุมได้เพียงร้อยละ 30.22 และในจังหวัดมหาสารคามพบผู้ที่ควบคุมได้ในปี 2563-2565 มีเพียงร้อยละ 20-23 เท่านั้น⁵ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ดำเนินการอยู่มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทำการนัดติดตามการรักษาเป็นระยะทุก 1-3 เดือน ขึ้นกับระดับของน้ำตาลในเลือดในแต่ละครั้ง และมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวาน และวิธีการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การออกกำลังกาย การใช้ยาโดยการพูดคุยร่วมกับใช้สื่อแผ่นพับให้ความรู้หรือโปสเตอร์เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด แต่ถึงแม้จะมีการดำเนินการดังกล่าวแล้ว พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่มีความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับโรคเบาหวานซึ่งส่งผลให้พฤติกรรมในการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนยังไม่เหมาะสมอย่างเพียงพอ โดยจากการสอบถามผู้ป่วยเบาหวานหลายรายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้นั้น พบว่า ทุกคนเคยได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกิน การทำกิจกรรมที่เหมาะสม บางคนเข้าใจดี แต่ไม่ปฏิบัติ บางคนจำไม่ได้ จึงไม่ปฏิบัติ

การสื่อสารยุคที่เทคโนโลยีก้าวหน้าอย่างมากรนี้ หลายคนต้องปรับตัวให้ทันกับสมาร์ตโฟนที่กลายเป็นอุปกรณ์ที่สำคัญในการสื่อสารหรือการทำงาน การรับรู้ข้อมูลง่ายขึ้นและทำได้หลายรูปแบบ ทั้งข้อความ รูปภาพ มัลติมีเดีย และพจนานุกรมและใช้งานเวลาได้ก็ได้ โดยมีแอปพลิเคชัน (Application) ต่างๆ ถูกสร้างขึ้นและมีให้เลือกใช้ได้มากทั้งเพื่อความบันเทิง วิชาการและอื่นๆ จึงพบการใช้งานสมาร์ตโฟนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมสำหรับโทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ โดยจะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ให้สะดวกขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ทำธุรกรรมทางการเงิน และอื่นๆ ปัจจุบันคนไทยมีโทรศัพท์กว่าหนึ่งร้อยล้านเครื่องและมีคนใช้อินเทอร์เน็ตจริงประมาณ 77 % ซึ่งถือว่าสูง

เว็บแอปพลิเคชัน เป็นการเขียนขึ้นสำหรับการใช้งานเว็บเพจ (Webpage) ต่างๆ ซึ่งถูกปรับแต่งให้แสดงผลแต่ส่วนที่จำเป็นเพื่อลดการประมวลผลของตัวเครื่องสมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ต ทำให้โหลดหน้าเว็บไซต์ได้เร็วขึ้น ใช้งานผ่านอินเทอร์เน็ตความเร็วต่ำได้ เช่น แอปพลิเคชันระบบการจองสินค้า บริการต่าง ๆ เป็นต้น ข้อดีของเว็บแอปพลิเคชัน คือ การใช้งานที่ง่าย สะดวกทุกที่ทุกเวลาและใช้งานได้ทุกแพลตฟอร์ม รวมถึงมีการอัปเดต แก้ไข

ข้อผิดพลาดต่างๆ อยู่ตลอดเวลา เหมาะกับองค์กรขนาดเล็กเพราะมีค่าใช้จ่ายต่ำ ข้อมูลจัดเก็บที่เดียว ง่ายต่อการจัดการ สามารถล็อกอินเข้าใช้งานได้เลยไม่ต้องติดตั้งโปรแกรม เชื่อมต่อกับบริการออนไลน์อื่นๆได้ง่าย

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอทั้งการดูแลตนเองที่บ้านหรือการมาตรวจที่โรงพยาบาล ปัจจุบันทำโดยมีการบันทึกระดับน้ำตาลในเลือดในเวชระเบียนและสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อเป็นช่องทางที่ใช้ในการติดตามอาการและระดับน้ำตาลของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ได้มาสมุดไปด้วยก็จะไม่สะดวกติดตามอาการ นอกจากนี้ หากผู้ป่วยต้องการคำปรึกษาหรือประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารจำนวน 1 จาน ซึ่งมีข้าว 3 ทัพพีและไข่เจียว กล้วยน้ำหว่า 3 ลูก การรับประทานตามนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ผู้ป่วยบางคนที่มีทักษะในการค้นหาข้อมูลก็จะสามารถค้นหาได้ แต่ผู้ป่วยในชุมชนส่วนมากแล้วไม่สามารถค้นหาได้เอง หรือหากต้องการสอบถามที่มสุขภาพ ก็จำเป็นต้องรอวันนัดติดตามอาการหรือเดินทางไปโรงพยาบาลก่อน หรือโทรศัพท์สอบถาม ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้ทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย การใช้แอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อมข้อมูลถึงกันได้สะดวก ผู้ป่วยก็ไม่ต้องเดินทาง ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่าย อีกทั้งมีความสะดวกในการสื่อสารได้ทุกที่ทุกเวลา

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้นตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยการทบทวนแอปพลิเคชันที่ใช้ในการดูแลเบาหวานในประเทศไทยพบว่ามีการพัฒนาแอปพลิเคชันโดยนิอร สิริมงคล เลิศกุลและคณะ⁶ พรเทพ ด้านน้อยและคณะ⁷ จุฬาวลี มณีเลิศ⁸ โดยมีแนวโน้มที่ไม่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้ การทบทวนแอปพลิเคชันที่ใช้ในการดูแลเบาหวานในต่างประเทศพบว่ามีการพัฒนาอย่างเป็นระบบของ Brzan PP, และคณะ⁹ ที่ได้ประเมินแอปพลิเคชัน 65 แอปพลิเคชัน แต่พบว่ามีเพียง 9 แอปพลิเคชันที่ประสบความสำเร็จสำหรับการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง ผลการศึกษาได้ให้คำแนะนำแก่นักพัฒนาแอปพลิเคชันว่าควรมีแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์เคลื่อนที่พร้อมฟีเจอร์ที่มากขึ้น เพื่อส่งผลให้การจัดการโรคด้วยตนเองดีขึ้น และการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Fu H, และคณะ¹⁰ ได้ประเมินการใช้งานและประสิทธิภาพทางคลินิกของแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าปัญหาการใช้งานที่พบบ่อยที่สุดคือมีหลายขั้นตอน ฟังก์ชันและการโต้ตอบที่จำกัด และการนำทางของระบบที่ยาก แต่มีบางส่วนของสนับสนุนผลของแอปพลิเคชันเบาหวานในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นแอปพลิเคชันควบคุมระดับน้ำตาลที่จะพัฒนาจึงจำเป็นต้องเข้าถึงพฤติกรรมที่ต่างของผู้ป่วยแต่ละคนบุคคลตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (Clinical Practice Guideline for Diabetes)³ เพื่อช่วยเกิดผลดีในการควบคุมน้ำตาล

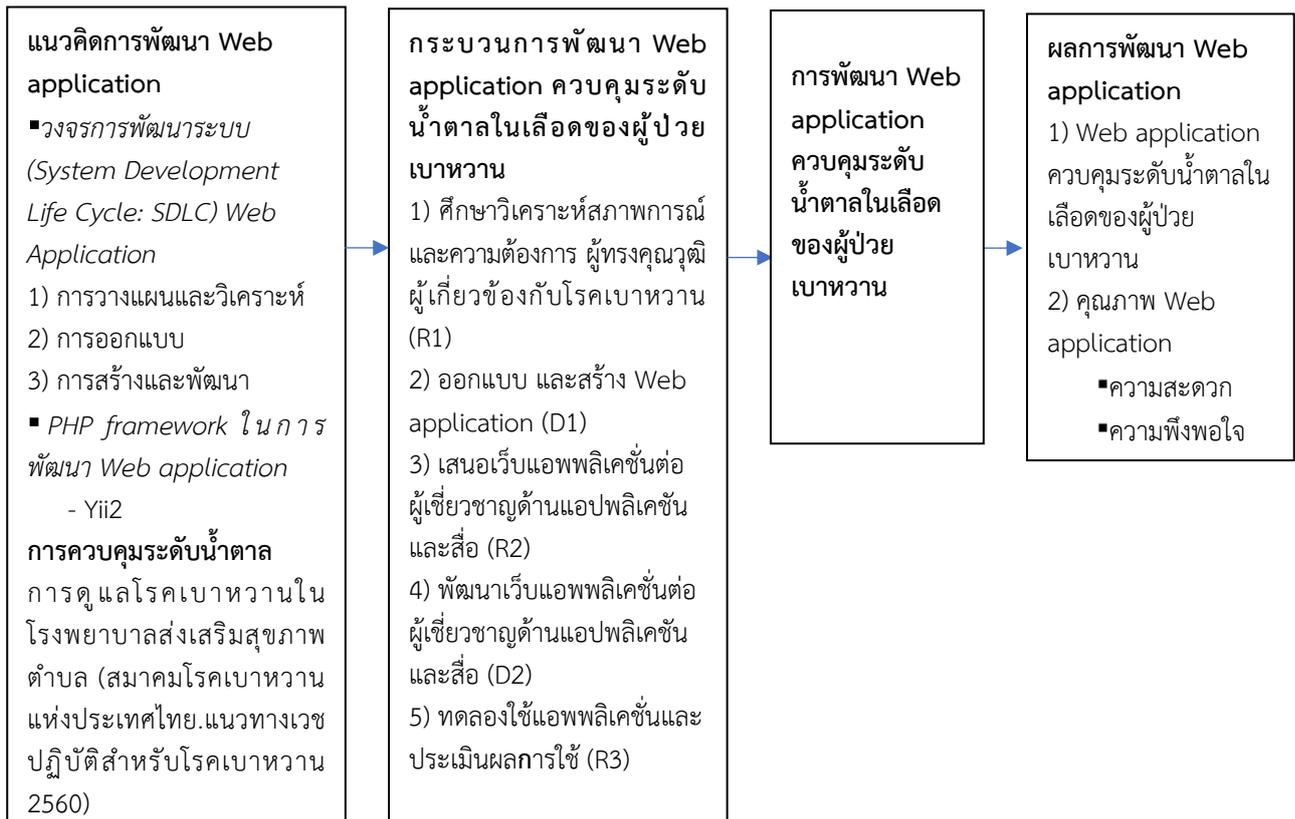
จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถกล่าวได้ว่าประเด็นสำคัญของการควบคุมเบาหวานคือการควบคุมระดับ HbA1C ไม่เกินร้อยละ 7 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และในจังหวัดมหาสารคาม มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีจำนวนมาก โดยผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์จะส่งผลให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมได้แก่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และในปัจจุบันมีความสะดวกในการใช้เว็บแอปพลิเคชันต่างๆ การพัฒนาแอปพลิเคชันให้สามารถติดตามและปรับปรุงการดูแลตนเองด้านสำคัญดังกล่าว จะช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างได้เหมาะสม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเกิดความสนใจที่จะพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมากขึ้นอันจะส่งผลให้ภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรงมากขึ้น เป็นผลดีสำหรับผู้ป่วยและผลที่ได้สามารถนำแอปพลิเคชันไปใช้ได้อย่างแพร่หลายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาคุณภาพเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) พื้นที่วิจัยที่จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มุ่งพัฒนาเว็บ แอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ได้ และศึกษาคุณภาพเว็บแอปพลิเคชัน ด้านของความสะดวกในการใช้งานของผู้ป่วย และ ความพึงพอใจ ต่อเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลและผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบและวิธีวิจัยดังนี้



การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดและวิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มี 2 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 การสร้างและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ขั้นที่ 2 การนำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้และการประเมินผลเว็บแอปพลิเคชัน ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนมีนาคม 2565- มกราคม 2566 แต่ละขั้นตอนมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน

ผู้วิจัยได้พัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเว็บแอปพลิเคชัน แล้ววิเคราะห์ สังเคราะห์ ดำเนินการออกแบบและสร้างแอปพลิเคชัน โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 6 คน ได้แก่ พยาบาลในชุมชนที่มีประสบการณ์การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 5 ปี รวมจำนวน 3 คน ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล และ อสม. รวม 3 คน ทำการเลือกแบบเจาะจง ทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบ

กิจโครงสร้าง มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 3) การติดตามผลการรักษา 4) ด้านอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลไปสร้างเว็บแอปพลิเคชันเพื่อการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2) วิเคราะห์ตามวงจรการพัฒนาาระบบ (System Development Life Cycle: SDLC) ของเว็บแอปพลิเคชันที่ประกอบด้วย 1) ระยะการวางแผนและวิเคราะห์ (Planning & Analysis Phase) 2) ระยะการออกแบบ (Design Phase) 3) ระยะการสร้างและพัฒนา (Implementation Phase) แล้วสังเคราะห์ผลการศึกษาที่ได้ ดำเนินการสร้างเว็บแอปพลิเคชันในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Yes, it is framework (Yii framework) โดยใช้ Yii framework version 2 (Yii2) ซึ่งเป็นโอเพนซอร์ส (open source) ที่เป็นแหล่งที่เปิดเผยแพร่รหัสเพื่อให้แก้ไข และแจกจ่ายได้เสรี โดยใช้ภาษาพีเอชพี (Personal Home Page Tool Framework : PHP Framework) ซึ่งเป็นภาษาคอมพิวเตอร์ใช้สำหรับจัดทำเว็บไซต์ สร้างเว็บแอปพลิเคชัน ที่ถูกเขียนขึ้นให้รองรับ PHP version 5 (PHP5) ช่วยให้สร้างเว็บแอปพลิเคชันได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและทำงานได้ทันทีจาก Module ที่มีที่ผู้พัฒนาทำไว้ และสามารถปรับเปลี่ยนให้ตรงกับความต้องการได้ง่ายเนื่องจาก Yii2 ได้รับการออกแบบมาให้มีความยืดหยุ่น การพัฒนาครั้งนี้ใช้ดีบีเอ็มเอส (Database Management System: DBMS) ซึ่งเป็นกลุ่มโปรแกรมที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในระบบติดต่อระหว่างผู้ใช้กับฐานข้อมูล เพื่อจัดการและควบคุมความถูกต้อง ความซ้ำซ้อนและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลต่าง ๆ ภายในฐานข้อมูล สำหรับระบบจัดการฐานข้อมูลใช้มายเอสคิวแอล ดีบีเอ็มเอส (MySQL DBMS) ซึ่งเป็นระบบจัดการฐานข้อมูลเชิงสัมพันธ์โอเพนซอร์ส โดยเอสคิวแอล (SQL: Structured query language) เป็นภาษาที่ใช้ร่วมกับการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งใช้ในการจัดการเพื่อการจัดเก็บข้อมูล ซึ่ง MySQL ได้รับการออกแบบและปรับให้เหมาะสมสำหรับเว็บแอปพลิเคชันและสามารถทำงานบนแพลตฟอร์มใดก็ได้

3) เสนอเว็บแอปพลิเคชันต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และมีประสบการณ์ มีความชำนาญเฉพาะทางด้านแอปพลิเคชันและสื่อ มีคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง มีประสบการณ์พัฒนาแอปพลิเคชันและใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน ไม่น้อยกว่า 5 ปี ให้พิจารณาประเมินผ่านแบบประเมินคุณภาพ โดยการพิจารณาความเหมาะสมของเว็บแอปพลิเคชัน และสัมภาษณ์เพิ่มเติมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการประเมินคุณภาพคุณภาพของเว็บแอปพลิเคชัน แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขแอปพลิเคชันตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นที่ 2 การนำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้และการประเมินผลเว็บแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยนำเว็บแอปพลิเคชันไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบริบทปฐมภูมิในเขตจังหวัดมหาสารคาม โดยสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 12 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตามตารางของ แมคชินและคณะ (Machin et al) ขนาดของตัวอย่าง 1 กลุ่ม ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 ขนาดอิทธิพล 0.90 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2563)¹¹ และพยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ทำงานใน รพ.สต 2 แห่งที่เป็นพื้นที่ทดลองใช้ ได้จำนวน 4 คน ผู้วิจัยทำการประเมินคุณภาพ ด้านความสะดวกในการใช้งานของผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อนำผลมาพัฒนาปรับปรุงให้เว็บแอปพลิเคชันมีความสมบูรณ์และสะดวกในการใช้งานมากขึ้น

ทำการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้ผู้ป่วยเลือกหรือตอบคำถามง่ายๆ ผ่านแอปพลิเคชันทุกสัปดาห์ และ พยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้ติดตามกำกับ สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและการให้ความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ข้อมูล ช่วงเวลาดำเนินการประเมินการนำไปใช้ ใช้เวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบล 2 แห่ง ในอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) มีระดับน้ำตาล A1C > 7.0% 3) ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ 4) อ่านหนังสือได้ ตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) ผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแลไม่มีโทรศัพท์มือถือ 2) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2) กลุ่มตัวอย่างด้านผู้ให้บริการ คือ พยาบาลประจำศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ รพ.สต โดย เลือกแบบเจาะจง ผู้เป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ทำงานใน รพ.สต 2 แห่งที่เป็นพื้นที่ทดลองใช้ ได้จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) มีประสบการณ์ทำงานในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี 2) สามารถใช้คอมพิวเตอร์ และเว็บแอปพลิเคชันได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เกณฑ์คัดออก 1) ไม่ใช้โทรศัพท์มือถือ 2) ย้ายสถานที่ทำงาน

การประเมินผลเว็บแอปพลิเคชัน

การดำเนินการประเมินคุณภาพของเว็บแอปพลิเคชัน มี 2 ส่วน คือ 1) ความสะดวกในการใช้งาน และ 2) ความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ มี 2 ฉบับ คือ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ความสะดวกในการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันใช้เพื่อการประเมินของพยาบาลและผู้ป่วย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบ online โดยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง ส่วนที่ 2 สอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด, 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุดแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ¹² คือ พึงพอใจมากที่สุด (Mean = 4.51-5.00) พึงพอใจมาก (Mean = 3.51-4.50) พึงพอใจปานกลาง (Mean = 2.51-3.50) และพึงพอใจน้อย (Mean = 1.51-2.50) และพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean = 1.00-1.50) ส่วนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด

การหาคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน ด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้เชี่ยวชาญพิจารณา 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.67-1.00 การหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน 30 คน ที่ รพ.สต. แห่งหนึ่งที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย ในเขตจังหวัดมหาสารคาม นำมาหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัก ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการ

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 12/2564 การพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และกระบวนการศึกษาให้ผู้เข้าร่วมรับทราบ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ในการเข้าร่วมและถอนตัวออกจากการศึกษาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และการนำเสนอข้อมูลจะปกปิดผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล คัดเลือกและดำเนินการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาในการทำวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เผยแพร่ช่องทางเว็บไซต์ <http://202.129.54.84/cmdm/> มีฟังก์ชันการทำงาน เป็น 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ฟังก์ชันการทำงาน และการแสดงหน้าจอแสดงหน้าหลักของเว็บแอปพลิเคชัน สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ดังภาพที่ 2 ช่องทางการลงข้อมูล เมื่อคลิกเมนู “3 รายชื่อและประวัติผู้รับบริการ” จะสามารถเพิ่มชื่อผู้รับบริการที่พยาบาลดูแลได้ เมนู “4 ผู้ใช้งานระบบที่เป็นผู้รับบริการ” เป็นการเปลี่ยนสถานะผู้รับบริการให้มาเป็นผู้ป่วยที่พยาบาลจะดูแล และ เมนู “2 ข้อมูลสุขภาพผู้รับบริการ” เป็นการลงข้อมูลสุขภาพจากผลการตรวจแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยผู้ใช้งานแอปพลิเคชันสามารถเลือกและบันทึกข้อมูลได้ ข้อมูลสำหรับพยาบาลที่ต้องเป็นผู้ลงข้อมูลได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลการตรวจทางห้องทดลองประจำปีหรือประจำ 6 เดือน ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนสูง น้ำหนักตัว ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน และชนิด

1.2 ฟังก์ชันการทำงาน การแสดงหน้าจอแสดงหน้าหลักของเว็บแอปพลิเคชัน สำหรับผู้ป่วย ดังภาพที่ 3, 4

1.2.1 จะมีการแสดงผลของค่าต่างๆ ดังรูป โดยจะแสดงแบบตัวเลขและสีตามการแปลผลตามสีของจรรยาจรชีวิต 7 สี เช่น ขาว เขียว เหลือง ส้ม แดง สีบอกระดับความรุนแรงด้านเบาหวานของผู้ป่วยแต่ละคนๆ และเมื่อคลิกจะมีผลแสดงแบบกราฟที่เป็นความต่อเนื่องของแต่ละเดือน

1.2.2 ช่องทางการลงข้อมูลของผู้ป่วย เมื่อคลิกเมนู บันทึกการรับประทานอาหาร และเมนูบันทึกกิจกรรม และการออกกำลังกาย เป็นการบันทึกหน่วยบริโภคของชนิดของอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ที่ผู้ป่วยบริโภค อีกเมนูเป็นการบันทึกระดับความหนักเบาและระยะเวลาในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายโดยผู้ใช้งานแอปพลิเคชันสามารถคลิกเลือกและบันทึกข้อมูลได้



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4

2. ผลการศึกษาคุณภาพเว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.1 ข้อมูลทั่วไป การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 4 คน มีอายุเฉลี่ย 35.75 ± 5.31 ปี ทุกคนเป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จำนวน 12 คน มีอายุเฉลี่ย 63.83 ± 5.20 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.33) มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 100)

2.2. ผลการประเมินผลเว็บแอปพลิเคชัน

2.2.1 การประเมินผลด้านความสะดวก ผลการศึกษาเชิงคุณภาพของความสะดวกในการใช้งานของผู้ป่วย

2.2.1.1 ความสะดวกในการใช้งาน พบว่า ในการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก ยังมีปัญหาความไม่คุ้นเคยกับ Application ใหม่ แต่ในช่วงสัปดาห์หลังการใช้งานทำได้ดีมากขึ้น ง่ายขึ้น

2.2.1.2 ความสะดวกในการดูผลจากเว็บแอปพลิเคชัน พบว่า ผลการประเมินดีมาก ผู้ป่วยได้รู้ระดับน้ำตาลตนเองจากการตรวจทุกครั้ง แอปพลิเคชันช่วยให้ดูค่าผลตรวจน้ำตาลได้ง่าย ทั้งน้ำตาลที่ผ่านมาและครั้งล่าสุด เพราะปกติมักจะลืม หากใช้แอปก็สามารถเปิดดูได้ง่าย โดยพบประเด็นดังนี้

1) การดูผลน้ำตาล และการประเมินแนวโน้มของเบาหวาน ความดันโลหิตจากการใช้แอปพลิเคชัน ในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่ง่าย(เนื่องจากจำไม่ได้) และสะดวกกว่าปกติ กล่าวคือ ปกติผู้ป่วยเบาหวานจะมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และให้นำมาทุกครั้งที่มาตามนัดในการรักษา โดยจะลงบันทึกผลค่าระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติผลการตรวจ ในสมุดประจำตัว หากไม่ได้นำสมุดประจำตัวมาก็ไม่ได้บันทึกข้อมูล แต่เมื่อมีเว็บแอปพลิเคชันทำให้ลดข้อจำกัดนี้ได้จากการมีเว็บแอปพลิเคชันในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสิ่งที่ง่ายและสะดวกกว่าปกติ โดยผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลเป็นภาษาอีสานว่า “...ปกติเวลาจะมาตรวจตามนัด ต้องมีเจาะตรวจน้ำตาล แล้วหมอบอกลิค่าน้ำตาลทุกเทื่อที่ตรวจนั้นแหละ แล้วหมอกะลิเขียนลงในสมุดประจำตัวเบาหวานให้ จำไม่ค่อยได้ดึกกว่าได้ท่อได้ แล้วสมุดกะเอามาแน บ่เอามาแน หมอกะบอกให้เอามาทุกเทื่อยุคอก แต่ยายกะลืม แต่ถึงเอามา ตอนกลับบ้านยายกะบ่ค่อยเปิดอ่านดอกลง แต่พอมามีที่หมอพามาใช้แอปพอนี้ มันกะดีหลายอย่างเลย ดีอันแรกยายสามารถเบิ่งได้ง่าย สะดวก มีค่าน้ำตาล เทิ่งของรอบนี้เทิ่งของรอบเก่า ยายเปิดเบ่งจากโทรศัพท์ได้เลย ยายกะว่าดี อีกอย่างที่ดีคือเบ่งได้หลายแนว ความดันกะมีให้พร้อม”

2) การดูความก้าวหน้าสถานะโรคเบาหวานของผู้ป่วยเองชัดเจน เข้าใจง่ายกว่าปกติ ผู้ป่วยเบาหวานหญิงรายหนึ่ง อายุ 61 ปี เป็นเบาหวานมา 8 ปี ให้ข้อมูลว่า “...แต่ก่อนหมอบ่พินกะว่าน้ำตาลยายสูง สองร้อยกว่าแน สามร้อยกว่าแน ยายกะชู้ชำนั่นแหละ แต่พอมมาใช้แอปพอนี้ มันกะดีคักเดื่อ พอเปิดมาเบิ่งมันบอกตัวเลขพร้อม แล้วกะบอกพร้อมว่ายายอยู่สีใด ของยายอยู่สีส้มจั่งซีแม่ะ ตอนนียายกะชู้ว่าของยายมันหลายคัก สีส้ม โกลี่ไปหลายสีแดงแล้ว ผู้อื่นเขาสิเขียนกะดีกว่ายาย แล้วมันยังบอกเป็นรูปเส้นขึ้นขึ้น ริ่ง ใต้น้ำ ถ้าเส้นน้ำตาลเดือนหน้าของยายลงกะแสดงว่ายายดีขึ้นเดื่อ ยายว่ามันกะเว้ากันเข้าใจง่าย”

3) การรู้ปริมาณอาหารที่รับประทานไป เกินหรือไม่ ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่ง อายุ 67 ปี เป็นเบาหวานมา 12 ปี ให้ข้อมูลว่า “...แต่ก่อนหมอบ่บอกอย่ากินข้าวเหนียวหลาย ให้กินข้าวน้อยลง กินกับหลายขึ้น กินผักหลายขึ้น ลูกหลานกะว่าให้ ว่าให้กินข้าวน้อยๆ ยายกะพยายามแฮ็ดตามที่หมอบ่บอกอยู่เดื่อ แต่น้ำตาลมันกะบ่ค่อยลงดอกลง ยายกะชู้ชำนั่นแหละ แต่พอมมาใช้แอปพอนี้ มันกะดีคัก บอกได้ว่าอาหารที่ยายกินเข้าไป น้อยหรือหลายเกินไป ถ้ามันหลาย ยายกะสิได้ชู้ว่าต้องลดลง”

2.2.2 การประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52, SD.= 0.56) และข้อที่พอใจมากที่สุดมี 2 ข้อ คือ สามารถดูประวัติผลการตรวจเบื้องต้น ความดันโลหิต น้ำหนัก ได้เอง และสามารถดูประวัติผลตรวจระดับน้ำตาลแต่ละระยะได้เอง (Mean = 4.75, SD.= 0.50) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.39, SD.= 0.48) และข้อที่พอใจมากที่สุด คือ สามารถดูประวัติผลการตรวจเบื้องต้น ความดันโลหิต น้ำหนัก ได้เอง และสามารถดูประวัติผลตรวจระดับน้ำตาลแต่ละระยะได้เอง (Mean = 4.67, SD.= 0.49) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ของพยาบาลและผู้ป่วย

รายการประเมิน	พยาบาล		ผู้ป่วย	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. สามารถดูประวัติผลการตรวจเบื้องต้น ความดันโลหิต น้ำหนัก ได้เอง	4.75	0.50	4.67	0.49
2. สามารถการดูประวัติผลตรวจระดับน้ำตาลแต่ละระยะได้เอง	4.75	0.50	4.67	0.49
3. ช่วยให้รับรู้ถึงปริมาณอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาลที่ตนรับประทานเข้าไปคิดเป็นพลังงานเท่าใด	4.50	0.58	4.58	0.51
4. ช่วยให้รับรู้ถึงปริมาณพลังงานที่รับประทานเข้าเทียบกับปริมาณพลังงานที่ควรได้	4.50	0.58	4.42	0.51
5. ทำให้ทราบว่าอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาลที่ตนรับประทาน เกินจากที่ร่างกายควรได้รับหรือไม่	4.50	0.58	4.33	0.49
6. ช่วยให้ทราบถึงพลังงานที่ตนได้รับ มาใช้ปรับปริมาณอาหารกลุ่มแป้ง น้ำตาลที่ตนควรรับประทานเพิ่มหรือลดลงได้	4.50	0.58	4.25	0.45
7. ช่วยให้รับรู้ถึงปริมาณพลังงานที่ใช้ไปในการออกกำลังกายและทำกิจกรรมต่างๆ	4.50	0.58	4.33	0.49
8. ช่วยให้รู้จำนวนพลังงานที่ตนใช้ในแต่ละวัน นำมาช่วยเตือนว่าตนเองต้องทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย เพิ่มหรือลดได้	4.50	0.58	4.25	0.45
9. พึงพอใจว่าสามารถดูประวัติผลการตรวจเบื้องต้น ด้านอื่น เช่นระดับไขมัน ดัชนีมวลกาย	4.50	0.58	4.42	0.41
10. พึงพอใจว่าการรายงานผลมีให้ดูได้ทั้งค่าตัวเลขและกราฟ ทำให้เข้าใจง่าย	4.50	0.58	4.42	0.51
11. พึงพอใจมีการแปลผลตามสีที่บอกระดับความรุนแรง ซึ่งจะช่วยบอกว่าตนเองจัดอยู่ในสีใด	4.50	0.58	4.42	0.51
12. พึงพอใจว่า การบันทึกในเว็บแอปพลิเคชันนี้ ทำให้ดูการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้ง่าย	4.50	0.58	4.33	0.49
13. แอปพลิเคชัน ใช้งานได้ง่าย สะดวก	4.50	0.58	4.25	0.45
14. แอปพลิเคชัน ช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้	4.50	0.58	4.33	0.49
15. ควรนำ เว็บแอปพลิเคชันนี้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	4.25	0.50	4.17	0.39
รวม	4.52	0.56	4.39	0.48

อภิปรายผล

1. จากผลการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ฟังก์ชันการทำงาน เป็น 2 ส่วน คือ สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และ สำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมให้เกิดการดูแลเป็นรายกรณีที่พยาบาลแต่ละคนรับผิดชอบและผู้ป่วยจะไม่มีภาระมากในการลงข้อมูล ซึ่งฟังก์ชันการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของ นีอร สิริมงคลเลิศกุล⁽⁶⁾ ได้พัฒนาแอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ที่พบว่า แอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนประกอบด้วยฟังก์ชันการทำงาน ได้แก่ ส่วนของผู้ใช้ระบบติดตามรายงานผล และการนัดหมาย นอกจากนี้ การแสดงหน้าจอแสดงหน้าหลักของแอปพลิเคชันผลข้อมูลใน Application สำหรับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ลงผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ส่วนสูง น้ำหนักตัว ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน และฉีด และ ช่องทางการลงข้อมูลของผู้ป่วย เมื่อคลิกเมนูบันทึกการรับประทานอาหาร และเมนูบันทึกกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นการบันทึกหน่วยบริโภคของชนิดของอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลที่ผู้ป่วยบริโภค อีกเมนูเป็นการบันทึกระดับความหนักเบาและระยะเวลาในการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย โดยผู้ใช้งานแอปพลิเคชันสามารถคลิกเลือกและบันทึกข้อมูลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Veazie

S. et al¹³ ได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของแอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จากงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง แอปพลิเคชัน 11 แอปพลิเคชัน คุณสมบัติโดยทั่วไปประกอบไปด้วย การเตือนและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และน้ำหนักตัว และสอดคล้องกับยูวูซ กุลาตี¹⁴ ได้ศึกษาแอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวานการศึกษาพฤติกรรมในประเทศไทย ผลพบว่า จากศึกษาเพื่อการออกแบบแอปพลิเคชัน ได้ผลคือ มีหน้าจอบรรยายประกอบไปด้วย 11 หน้าจอหลักคือ หน้าหลัก ข้อมูลส่วนตัว คำแนะนำน้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด ค่าความที่พบป่วย โภชนาการ การทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ปัญหาสุขภาพ กราฟ และออกจากระบบ

2. การประเมินผลด้านความสะดวก ผลการศึกษาเชิงคุณภาพของความสะดวกในการใช้งานของผู้ป่วย

2.1 ความสะดวกในการใช้งาน จากผลวิจัยพบว่า ในการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรก ยังมีปัญหาความไม่คุ้นเคยกับ Application ใหม่ แต่ในช่วงสัปดาห์หลังการใช้งานทำได้ดีมากขึ้น ง่ายขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เว็บแอปพลิเคชันเป็นเรื่องใหม่สำหรับผู้ป่วยและไม่คุ้นเคยเทคโนโลยีจึงยังใช้ไม่สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Fu H, et al¹⁰ ที่ได้การทบทวนอย่างเป็นระบบการใช้งานและประสิทธิภาพทางคลินิกของแอปพลิเคชันมือถือเกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัญหาการใช้งานที่พบบ่อยที่สุดคืองานที่มีหลายขั้นตอน ฟังก์ชันและการโต้ตอบที่จำกัด และการนำทางของระบบที่ยากลำบาก

2.2 ความสะดวกในการดูแลจากเว็บแอปพลิเคชัน จากผลการวิจัยพบว่าผลการประเมินดีมาก ในประเด็น 1) การดูแลน้ำตาล และการประเมินแนวโน้มของเบาหวานเป็นสิ่งที่ง่ายและสะดวกกว่าปกติ 2) การดูความก้าวหน้าสถานะโรคเบาหวานของผู้ป่วยเองชัดเจน เข้าใจง่ายกว่าปกติ 3) การรู้ปริมาณอาหารที่รับประทานว่ามีมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ทั้งนี้เนื่องจาก แอปพลิเคชันได้ออกแบบเน้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้ได้รับประโยชน์สูงสุดโดยสามารถดูค่าระดับน้ำตาลแต่ละครั้งของตนเองได้ง่ายตั้งแต่หน้าแรกหลังการเข้าสู่ระบบและเมื่อคลิกเพิ่มก็จะเป็นข้อมูลที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันซึ่งดูได้ว่าแนวโน้มน้ำตาลเพิ่มหรือลดลง เข้าใจง่าย นอกจากนี้มีการแสดงปริมาณแคลอรีที่ได้รับกับที่ควรได้ และเมื่อคลิกเพิ่มก็จะเป็นทั้งในรูปแบบตัวเลขและกราฟ จากที่กล่าวมาช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานะโรคเบาหวานของตนเองได้ดีขึ้น โดยสรุป มีความสะดวกมากในการดูแลจากเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ที่ได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ของแอปพลิเคชันบนมือถือเพื่อการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง จากงานวิจัยจำนวน 15 เรื่อง แอปพลิเคชัน 11 แอปพลิเคชัน โดยมีคุณสมบัติของแอป เช่น การแจ้งเตือนและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยผู้ป่วยสามารถเข้าดูได้¹³ และสอดคล้องกับ Goyal, S. et al¹⁵ ได้ศึกษาการออกแบบอย่างเป็นระบบของแอปพลิเคชันสุขภาพเคลื่อนที่เชิงพฤติกรรมเพื่อการจัดการตนเองของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การคุณสมบัติของแอป การออกแบบที่เน้นผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง ซึ่งแสดงผลเกี่ยวกับ ระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และน้ำหนักด้วยตนเอง ดังที่สังเกตในการศึกษาในทำนองเดียวกันของ Wenger, N. K. et al¹⁶ การพัฒนาและการประเมินผลแอปสมาร์ตโฟน SMARTWOMAN™ โดยแสดงประโยชน์เชิงบวก เช่น ข้อความที่เข้าใจง่าย และการสนับสนุนที่สร้างแรงบันดาลใจ การเพิ่มประสิทธิภาพพฤติกรรมดูแลตนเอง

3. การประเมินความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของพยาบาลและผู้ป่วย พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดและมาก โดยค่าระดับคะแนนเฉลี่ย เป็น 4.52 และ 4.39 ตามลำดับ และข้อที่พอใจมากที่สุดของทั้งพยาบาลและผู้ป่วย เป็นข้อเดียวกันทั้ง 2 ข้อคือสามารถดูประวัติผลการตรวจเบื้องต้น ความดันโลหิต น้ำหนัก ได้เอง และสามารถดูประวัติผลตรวจระดับน้ำตาลแต่ละระยะได้เอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พยาบาลและผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ไม่ต่างกัน อาจเนื่องมาจาก การใช้แอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น น้ำตาลในเลือด น้ำหนัก และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมกับการแสดงผลด้วยสีที่แปลผลบอกระดับความรุนแรงด้านเบาหวานของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งเป็นระบบการเตือนในเว็บแอปพลิเคชันให้ผู้ป่วยทราบด้วยตนเอง อยู่ในภาวะด้านเบาหวานอย่างไร มีพัฒนาการของโรคดีขึ้น หรือเท่าเดิม หรือแย่ลงกว่าเดิม โดยดูได้จากสีที่แปลผลในแต่ละครั้ง เช่น สีเขียวอยู่ในภาวะปกติ สีเขียวภาวะ

เสียง สีส้ม แดง ภาวะป่วย เป็นต้น และการแสดงข้อมูลในรูปแบบกราฟเพื่อให้ผู้ป่วยและแพทย์พยาบาลสามารถติดตามข้อมูลได้อย่างง่าย นอกจากนี้ผู้ใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของพวกเขาได้ตลอดเวลา จึงทำให้มีความพึงพอใจ ด้านพยาบาลสามารถติดตามข้อมูลพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและออกกำลังกายของผู้ป่วยได้อย่างง่าย สามารถนำข้อมูลมาใช้เพื่อส่งเสริมหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลได้ง่าย จึงมีความพึงพอใจเช่นกัน สอดคล้องกับผลการพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของที่พบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับดี⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาแอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นการศึกษาพฤติกรรมในประเทศไทยที่พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์ของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้านภาพรวมของแอปพลิเคชัน จัดอยู่ในระดับมาก¹⁴ และสอดคล้องกับ Huang Z. et al¹⁷ ที่ศึกษาการใช้อุปกรณ์เพื่อปรับปรุงความสม่ำเสมอในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเอเชีย พบว่ามีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์ให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ยาสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับวิจัยที่พัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชัน SMARTWOMAN™ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นและการเสริมสุขภาพเชิงบวกต่อพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ¹⁶ และ Lee EY, et al¹⁸ ได้ศึกษาประเมินผลของแอปพลิเคชันบูรณาการเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยตนเองโดยมุ่งเน้นที่การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า พึงพอใจการใช้แอปพลิเคชันสุขภาพเคลื่อนที่ (mHealth) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การให้คำปรึกษาระดับน้ำตาลในเลือด อาหาร และกิจกรรมทางกายโดยอัตโนมัติ (ระบบ iCareD) และสอดคล้องกับผลการทบทวนอย่างเป็นระบบการใช้งานและประสิทธิภาพทางคลินิกของแอปพลิเคชันมือถือเกี่ยวกับโรคเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีความพยายามในการปรับปรุงความพึงพอใจของผู้ใช้ และกำหนดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เพื่อจะเพิ่มผลในการรักษาของแอปเบาหวาน¹⁰

ด้านข้อดีและข้อจำกัดต่างๆ ในการใช้อุปกรณ์นี้ มีตามที่ได้รับการประเมินจากผู้ใช้งานนั้น ข้อดีของการใช้อุปกรณ์นี้คือ ความสะดวกในการดูผลจากเว็บแอปพลิเคชัน โดยผู้ใช้สามารถดูผลน้ำตาลและแนวโน้มของโรคเบาหวานได้ง่ายและสะดวกมากกว่าปกติ และยังสามารถรู้ปริมาณอาหารที่รับประทานได้โดยง่ายจากแอปพลิเคชัน^{13,15} นอกจากนี้ยังการแสดงผลปริมาณแคลอรีที่ได้รับกับที่ควรได้ในรูปแบบตัวเลขและกราฟ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาวะโรคของตนเองได้ดีขึ้น อีกด้านหนึ่งคือความพึงพอใจจากผู้ใช้งาน เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจโดยรวมในการใช้อุปกรณ์นี้ พบว่ามีการยกย่องคุณสมบัติที่สามารถดูประวัติผลการตรวจต่างๆ ได้เอง และการแสดงผลด้วยสีที่แปลผลบอกระดับความรุนแรงด้านโรคเบาหวานของผู้ป่วยแต่ละคน และการติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมีช่วยการติดตามการออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานที่สมดุล เป็นส่วนสำคัญในการจัดการโรคเบาหวานได้ประสิทธิผล¹⁹ อย่างไรก็ตาม การใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานยังมีข้อจำกัดบางอย่าง เช่น อาจมีความยากหรือความไม่คล่องในการใช้งานสำหรับบางผู้ใช้งานที่ไม่เคยใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพมาก่อน¹⁰ นอกจากนี้ การใช้อุปกรณ์นี้อาจไม่เหมาะสมกับบางกลุ่มผู้ใช้ เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์น้อยกว่า และไม่คุ้นเคยกับโทรศัพท์มือถือของผู้ป่วย²⁰ นอกจากนี้ ข้อมูลที่แสดงในแอปพลิเคชันอาจไม่สมบูรณ์หรือไม่แม่นยำเสมอไปเพราะขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ป้อนข้อมูลจากผู้ใช้งานเอง ทั้งนี้ ความพึงพอใจและประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันอาจมีผลต่อการใช้งานและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน¹⁸

การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำไปสู่การขยายพื้นที่ให้มีการใช้เว็บแอปพลิเคชันในการควบคุมระดับน้ำตาลผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสมาร์ตโฟนเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและดูแลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีเครื่องมือที่สามารถใช้เพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมของตนเองในด้านการรับประทาน อาหาร การทำกิจกรรม ออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับตนเอง อันจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ภาวะปกติได้ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ด้านการวิจัย ควรมีการนำไปทดลองใช้ให้มีจำนวนผู้ป่วยและพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อเห็นผลจากการทดลองที่ใช้กับกลุ่มที่ขนาดใหญ่มากขึ้น และควรมีการออกแบบให้มีการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. ข้อมูลที่แสดงในแอปพลิเคชันเป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการขยายการใช้งานที่เข้าสู่ยุคของอาเซียนที่มีชาวต่างชาติจำนวนมากเข้ามาอาศัยอยู่ หากมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนภาษาอื่นๆ จะทำให้ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2021–10th edition. Diabetes around the world in 2021, 2021.[อินเทอร์เน็ต].(เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2565); เข้าถึงได้จาก: <https://diabetesatlas.org/>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. (เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566); เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่3. ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดียจำกัด; 2560.
- ปรีชา เปรมปรี ใน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค เผยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก. 2565. [อินเทอร์เน็ต].(เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566); เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>
- คลังสารสนเทศสุขภาพระดับกระทรวง. รายงานร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2560- 2565. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2566); เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/search.php?search=เบาหวาน>
- นิอร สิริมงคลเลิศกุล, ชมพูนุท สิงห์มณี, ธัญพร รัตนวิชัย, ศราวุธ พงษ์สิทธิ์รัตน์. การพัฒนาแอปพลิเคชันติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน. เวชสารแพทย์ทหารบก. 2563;73(3):141-50.
- พรเทพ ต่าน้อย, อุบลรัตน์ ศิริสุขโกคา, ไพศาล สิม่าเลาเต่า. การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. งานประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 11 – 12 กรกฎาคม 2562. 2562;293-302
- จุฬาลักษณ์ มณีเลิศ. ระบบติดตามและแจ้งเตือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่เทศบาลเมืองเมืองแกนพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. 2562
- Brzan PP, Rotman E, Pajnikhar M, Klanjsek P. Mobile applications for control and self management of diabetes: a systematic review. Journal of medical systems. 2016;40(9):1-10.
- Fu H, McMahon SK, Gross, CR, Adam TJ, Wyman JF. Usability and clinical efficacy of diabetes mobile applications for adults with type 2 diabetes: A systematic review. Diabetes research and clinical practice. 2017;131:70-81.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ขนาดอิทธิพล การวิเคราะห์อำนาจ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
- Veazie S, Winchell K, Gilbert J, Paynter R, Mlev I, Eden KB, Helfand M. Rapid evidence review of mobile applications for self-management of diabetes. Journal of general internal medicine. 2018; 33: 1167-76.
- ยุวณูช กุลชาติ, พัชรนิกันต์ พงษ์ธนู, ชินาพัฒน์ สุกุลาศรี. แอปพลิเคชันบนมือถือสำหรับดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาพฤติกรรมในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยศรีปทุม. 2562;11(1),7-22.
- Goyal S, Morita P, Lewis GF, Yu C, Seto E, Cafazzo JA. The systematic design of a behavioral mobile health

- application for the self-management of type 2 diabetes. *Canadian journal of diabetes*. 2016;40(1):95-104.
16. Wenger NK, Williams OO, Parashar S. SMARTWOMAN™: feasibility assessment of a smartphone APP to control cardiovascular risk factors in vulnerable diabetic women. *Clinical Cardiology*. 2019;42(2):217-21
17. Huang Z, Tan E, Lum E, Sloom P, Boehm BO, & Car J. A smartphone app to improve medication adherence in patients with type 2 diabetes in Asia: feasibility randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*. 2019;7(9):e14914.
18. Lee EY, Cha SA, Yun JS, Lim SY, Lee JH, Ahn YB, Ko SH. Efficacy of Personalized Diabetes self-care using an electronic medical record-integrated mobile app in patients with type 2 diabetes: 6-month randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(7):e37430.
19. Beck J, Greenwood DA, Blanton L, Bollinger ST, Butcher MK, Condon JE, Wang J. 2017 National standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator*. 2018;44(1):35-50.
- 20 Karhula T, Vuorinen AL, Rääpysjärvi K, Pakanen M, Itkonen P, Tepponen M, Saranummi N. Telemonitoring and mobile phone-based health coaching among Finnish diabetic and heart disease patients: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*. 2015;17(6):e153.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน
ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

Received: 31 March 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 26 April 2024

อังคณา จันคามิ พย.ม.¹ศิริราณี อิ่มน้ำขาว ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้วางแผนพบได้บ่อย มีผลกระทบต่อทารก การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงมีความสำคัญ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง พยาบาลวิชาชีพ 12 คน และทารกอายุแรกเกิดถึง 30 วัน ที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ 40 ราย เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) มีค่าคะแนนร้อยละ 98.04 และค่าความเที่ยงของการสังเกต 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ด้วยสถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัย: พบ

1. แนวปฏิบัติ มี 1) แผนผังการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติ 3 องค์ประกอบที่ดี คือ การเริ่มต้น การเฝ้าระวัง และการสื่อสาร ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Logan Bow, Tubing holder, ที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป

2. หลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลงจาก ร้อยละ 15 เหลือ ร้อยละ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปผล: แนวปฏิบัตินี้ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรสนับสนุน ติดตาม และพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติการพยาบาล ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผน

¹ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลสุขภาพเด็ก) โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม

Email: Angkananicu2561@gmail.com

² Corresponding author ปรัชญาคุณภักดิ์(พยาบาลศาสตร์) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

จังหวัด มหาสารคาม ประเทศไทย Email: siranee@smnc.ac.th

Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Unplanned Extubation in Neonate

Received: 31 March 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 26 April 2024

Angkana Junkami M.N.S.¹

Siranee Imnamkhao Ph.D.²

Abstract

Introduction: Unplanned extubation in neonate was common. Affects the baby develop the CNPG for prevention using evidence base therefore it is important.

Research objectives: To develop the Clinical Nursing Practice Guideline (CNPG) for prevention of unplanned extubation in neonate.

Research methodology: Research and develop designed. The study samples selected by purposive 12 nurse in Neonatal Intensive Care Unit and neonate patients who were on endotracheal tube and using ventilator 40 neonate patients during April to November 2023. The new guideline was validated by five experts under the appraisal of guidelines for research and evaluation and mean score was 98.04 and Inter observer reliability mean score was 1.0 The statistic procedure used percentage, means, stand deviations and Chi-Square test

Results: Main results of the study revealed that:

1) The CNPGs for prevention of unplanned extubation in neonate at Mahasarakham Hospital consisted of follows: 1) Flow chart for prevention of accidental endotracheal tube 2) Users Guidelines for Prevention of accidental endotracheal tube consisted of 3 steps as follows: 2.1) Good start 2.2) Good surveillance 2.3) Good communication and including with the innovative use Logan Bow innovative Tubing holder and innovative Nest 2)After applying to CNPGs for prevention of unplanned extubation in neonate. The rates incidence density of unplanned extubation decreased from 15 percent to 5 percent, a statistically significant ($p < .05$) and 3) The satisfaction levels on CNPGs for prevention of unplanned extubation in neonate of nursing were excellent. Results of satisfaction for the CNPGs of nursing found that nurses use guidelines are satisfied and opinions on all sides in the most.

Conclusion: the CNPGs by evidence-based practice be effective for prevention of unplanned extubation in neonate. Therefore, nursing practices should be continuously applied.

Implications: Administrators should support, monitor, and nurses should participate in continuous implementation.

Keywords: Neonate, Clinical Nursing Practice Guideline, unplanned extubation

¹ Master of Nursing Science (Child Health Nursing), Mahasarakham Hospital Mahasarakham Province

² Corresponding author: Doctor of Philosophy (Nursing Science), Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Mahasarakham Province, Thailand, E-mail: siranee@smnc.ac.th

บทนำ

ปัญหาที่พบได้บ่อยของทารกป่วยที่มีภาวะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) คือการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอโดยไม่ได้วางแผน (Unplanned extubation : UE) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเช่น ประเทศบราซิล พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด 0.14 - 5.3 ต่อ 100 วันใส่ท่อหลอดลมคอ เฉลี่ย 3.5 ต่อ 100 วันใส่ท่อหลอดลมคอ หรือ ร้อยละ 1.0 – 80.8¹ ส่วนในประเทศไทย พบการรายงานทางสถิติปี พ.ศ. 2557-2559 ของหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีอุบัติการณ์ท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในทารกระยะวิกฤตอายุ 0-1 ปี เฉลี่ยร้อยละ 14 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อทางเดินหายใจ² จากปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังจากท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด คือ ผลต่อระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดบาดเจ็บที่เส้นเสียงท่อหลอดลมคอ การใส่ท่อหลอดลมคอลำบาก ทารกขาดออกซิเจน หายใจล้มเหลว และบ่อยครั้งที่พบหัวใจเต้นช้าลง ร้อยละ 46 จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 13 ทารกต้องได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอกลับคืนซ้ำสูงถึง ร้อยละ 100¹ ส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น³

หอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวน 8 เตียง ให้บริการผู้ป่วยทารกอายุแรกเกิด ถึง 1 เดือน ปัญหาท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดเป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่พบสูงเป็นอันดับ 1 ของหน่วยงาน ซึ่งในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 พบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดจำนวน 11, 11 และ 12 ครั้ง คิดเป็น 10.06, 11.59 และ 12.69 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากการทบทวนความเสี่ยงย้อนหลัง 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มีนาคม 2566 พบว่า ภายหลังจากท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ทารกหายใจหอบมากขึ้น จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมคอกลับคืนทันที ร้อยละ 40 จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า แนวปฏิบัติที่มีการใช้อยู่ไม่ทันสมัย บางกิจกรรมมีความยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น การเปลี่ยนพลาสติกติดยึดท่อหลอดลมคอ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ไม่เหมาะสม เช่น พลาสติกไม่เหนียว ติดยึดท่อหลอดลมคอไม่ดี เปียกและง่ายเมื่อถูกเสมหะหรือน้ำลายต้องเปลี่ยนพลาสติกบ่อย และผ้าที่ใช้ผลิตที่นอนรังนกไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติให้ทันสมัย และปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติเดิมที่ยังเป็นปัญหา ปรับปรุงนวัตกรรมเดิม และสร้างนวัตกรรมใหม่ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล เพิ่มความปลอดภัย และลดอุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอในทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด ต่ออุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติภายหลังนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิดไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ผู้วิจัยได้เลือกใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซูกัพ (Soukup, 2000)⁴ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และเน้นการพัฒนาที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลปัญหาที่หาลดลงต่อเนื่องจากแหล่งข้อมูล ดังนี้ 1. ตัวกระตุ้นจากการปฏิบัติได้จากข้อมูลสถิติและตัวชี้วัดของหน่วยงาน เวชระเบียนบันทึกความเสี่ยงย้อนหลัง การสนทนากลุ่มย่อย การสอบถามปัญหา การสังเกตจากการปฏิบัติงานของพยาบาล 2. ตัวกระตุ้นจากความรู้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดที่หาลดลงต่อเนื่อง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านตัวผู้ป่วย 2) ด้านบุคลากรพยาบาลผู้ดูแล 3) ด้านอุปกรณ์ 4) ด้านเทคนิคการดูแล 5) ด้านสิ่งแวดล้อม⁵

ระยะที่ 2 ระยะของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence supported phase) มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ฐานข้อมูล ThaiLIS, CINAHL, PubMed, Electronic Journal, Science Direct, Google Scholar, The Cochrane Collaboration และการสืบค้นด้วยมือจากวารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดช่วงปีที่สืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2556 - 2566 และ ค.ศ. 2013 – 2023 เนื่องจากมีการวิจัยที่มีการศึกษาน้อยในกลุ่มทารกแรกเกิด จึงขยายการทบทวนวรรณกรรมเป็น 10 ปีย้อนหลัง เพื่อให้ได้งานวิจัยจำนวนมากขึ้น

2. กำหนดคำสำคัญและเกณฑ์ในการสืบค้นโดยใช้กรอบ PICO ของเคร็กและสมิท⁶ ดังนี้ P (Population) : ผู้ป่วยทารกและผู้ป่วยเด็ก I (Intervention) : การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันที่หาลดลงต่อเนื่องในทารกแรกเกิด C (Comparison) : ไม่มี O (Outcome) : แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันที่หาลดลงต่อเนื่องในทารกแรกเกิดสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความเหมาะสม ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ และอุบัติการณ์ที่หาลดลงต่อเนื่องลดลง

3. กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับของงานวิจัย (Level of Evidence) ของมิวนิกและไพนธ์⁷ ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 17 เรื่อง ดังนี้ ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 10 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 4 เรื่อง

4. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินความเป็นไปได้เพื่อการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติตามเกณฑ์ของโพลิตและเบค⁸ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) งานวิจัยนั้นมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการป้องกันที่หาลดลงต่อเนื่องในทารกแรกเกิด 2) งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ การออกแบบวิจัยมีความเหมาะสมและสอดคล้องการซื้อเรื่องวิจัย ตัวแปรวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย การอภิปรายผล และการสรุปผลการวิจัย 3) มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในหน่วยงาน กลุ่มประชากรคล้ายคลึงกัน การดูแลไม่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ได้ อย่างอิสระ ปฏิบัติได้ง่ายในสถานการณ์จริง กระบวนการปฏิบัติไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีความชัดเจน เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันที่หาลดลงต่อเนื่อง นวัตกรรมสามารถลดต้นทุนและค่าใช้จ่าย และมีความปลอดภัยเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ

5. สังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่อยู่ในระดับ 1-5 เท่านั้น เพราะถือเป็นหลักฐานที่มีความน่าเชื่อถือ อ้างอิงทางวิทยาศาสตร์ได้

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นขั้นตอนการนำประเด็นที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปทดลองใช้โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1. ยกร่างแนวปฏิบัติ และจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง โดยเลือก 3 ส่วนประกอบหลัก ดังนี้ 1) การเริ่มต้นที่ดี 2) การเฝ้าระวังที่ดี 3) การสื่อสารที่ดี ร่วมกับใช้ Logan Bow เดิมและสร้างนวัตกรรม Tubing holder และ นวัตกรรมที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป 2. การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) ได้ค่าคะแนนร้อยละ

98.04 แล้วนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 3. ผู้วิจัยให้ความรู้รายละเอียดของแนวปฏิบัติ สาธิตและฝึกทักษะ การติดพลาสติกยึดท่อหลอดลมคอ การใช้นวัตกรรม Logan Bow นวัตกรรม Tubing holder การใช้ที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษาแก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 12 คน แล้วให้พยาบาลปฏิบัติจริงในระหว่างทดลองใช้แนวปฏิบัติและนวัตกรรมกับผู้ป่วย 10 ราย หลังจากนั้นประเมินปัญหาอุปสรรคของการใช้แนวปฏิบัติและนวัตกรรมจากพยาบาลผู้ใช้ และกุมารแพทย์ในหน่วยงาน แล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 4 ระยะของการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในหน่วยงาน (Evidence - based phase) ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด ในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกทารกที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย และชี้แจงรายละเอียดแก่พยาบาลผู้ใช้ปฏิบัติ จำนวน 12 คน ในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ หลังจากนั้นประเมินผลลัพธ์จากอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด และความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม 2) ผู้ป่วยทารกแรกเกิดทุกราย ตั้งแต่อายุแรกเกิดถึงอายุ 30 วัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่างเดือน เมษายน 2566 – พฤศจิกายน 2566

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานการพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต จำนวน 12 คน ที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วงเวลาที่กำหนด 2) ผู้ป่วยทารกแรกเกิดตั้งแต่อายุแรกเกิด ถึง อายุ 30 วัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือน เมษายน 2566 – พฤศจิกายน 2566 ที่ได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ตั้งแต่แรกรับจนถึงแพทย์ให้ถอดท่อหลอดลมคอแต่ไม่เกิน 7 วัน 3) ทารกแรกเกิดที่ได้รับอนุญาตจากบิดามารดาให้เข้าร่วมการวิจัย และมีการลงนามในใบยินยอมอาสาสมัครเรียบร้อยแล้ว

3. เกณฑ์การคัดเลือกทารกออก (Exclusion criteria) จากกลุ่มวิจัย คือ 1) ทารกที่ญาติขอออกจากการศึกษา 2) ทารกเสียชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย และได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่ให้การพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 ราย และกลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ จำนวน 20 ราย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติให้ครบก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนแล้วจึงดำเนินการเก็บในกลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ (check list of endotracheal tube care) 2) แบบบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยทารกวิกฤต (Nurse's Note) 3) อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยที่จัดทำเพิ่ม ได้แก่ นวัตกรรม Logan Bow นวัตกรรม Tubing holder และนวัตกรรมที่นอนรังนกและหมอนรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป (Nest) ดังภาพ



4) ใช้พลาสติกกันน้ำ ชนิด multipore dry surgical tape ตัดเป็นรูปตัว Y 2 ชั้น, tegaderm 5) อุปกรณ์เพื่อการสื่อสารที่ชัดเจน ประกอบด้วย ป้ายบอกขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอและสายดูดเสมหะ ป้ายแสดงชื่อผู้ป่วยที่ติดไว้หน้าตู้อบ บันทึกรายชื่อ ตำแหน่งความลึกของท่อหลอดลมคอและขนาดความยาวของสายดูดเสมหะ ตารางแสดง ขนาดท่อหลอดลมคอ สายดูดเสมหะและความยาวของท่อหลอดลมคอที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของทารก และสูตรคำนวณตำแหน่งความลึกของท่อหลอดลมคอ 6) แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และ 7) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด 2) แบบบันทึกการตรวจสอบการปฏิบัติตามสภาพความเป็นจริง (Observation List) 3) แบบบันทึกอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด ปัจจัย/สาเหตุ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดัดแปลงมาจากการวิจัยของอังคณา จันคามิ⁹ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จากโรงพยาบาลมหาสารคาม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทารกแรกเกิดและแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPGs) สาขาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 1 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต จากโรงพยาบาลมหาสารคาม 1 ท่าน และจากโรงพยาบาลนครพนม 1 ท่าน การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (AGREE) มีค่าคะแนนร้อยละ 98.04 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความปลอดภัยของทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ไปทดลองใช้ในการประเมินกับทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย โดยให้พยาบาลปฏิบัติงานการพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดที่ใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเมินทารกแรกเกิดรายเดียวกันเพื่อหาค่าประมาณความเท่าเทียมกันของผู้วัด 2 คน ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter observer reliability) แบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอเท่ากับ 1.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ด้วยสถิติ Chi-Square test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 65-01-116 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบตกลงหรือปฏิเสธในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยและมีสิทธิขอลาออกจากการร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกับการดูแลรักษา ข้อมูลวิจัยจะเก็บเป็นความลับและผลสรุปการศึกษาวิจัยจะเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลแล้วจึงให้ลงนามยินยอม

ผลการวิจัย

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 1) แผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 2.1) การเริ่มต้นที่ดี ได้แก่ การเลือกขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอ การติดพลาสติกยึดท่อหลอดลมคอให้มั่นคง การใช้นวัตกรรม Logan Bow ยึดท่อหลอดลมคอ การใช้นวัตกรรม Tubing holder พยุงสายชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจ การจัดทำนอนทารกในที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป (Nest) 2.2) การเฝ้าระวังที่ดี ได้แก่ การประเมินและติดตามทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ การจัดการอาการรบกวน การดูแลเสมหะในท่อหลอดลมคอ การช่วยเหลือทารกเมื่อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด การเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อหลอดลมคอให้พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน 2.3) การสื่อสารที่ดี ได้แก่ การติดป้ายเพื่อสื่อสารให้พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติทราบได้อย่างง่ายและทั่วถึง ได้แก่ ป้ายหน้าตู้อบและเครื่องทำความอบอุ่นทารก ป้ายบอกขนาดและความลึกของท่อหลอดลมคอ สายชุดเสมหะและความยาวของท่อหลอดลมคอที่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวทารก แบบประเมินความปลอดภัยของทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ การบันทึกการพยาบาล

2. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด ต่ออุบัติการณ์การเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต โรงพยาบาลมหาสารคาม

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยทารกแรกเกิดกลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิด (n = 20)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	50	14	70
หญิง	10	50	6	30
อายุ				
1-7 วัน	20	100	17	85
8-14 วัน	0	0	2	10
15-30 วัน	0	0	1	5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.15 (.67)		3.8(7.31)	
อายุในครรภ์มารดาของทารก				
< 28 สัปดาห์	0	0	0	0
≥ 28-36 สัปดาห์	10	50	12	60
≥ 37-42 สัปดาห์	10	50	8	40
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.85(3.95)		35.1(3.29)	

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มภายหลังก้นำแนวปฏิบัติไปใช้	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
น้ำหนักทารก				
< 800 กรัม	0	0	0	0
800-1,499 กรัม	3	15	2	10
1,500-2,499 กรัม	6	30	5	25
2,500-3,500 กรัม	10	50	12	60
> 3,500 กรัม	1	5	1	5
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2,419.45(763.87)		2,535.35(721.89)	
การวินิจฉัยโรค				
Respiratory distress, RDS	5	25	4	20
MAS	2	10	1	5
PPHN	0	0	1	5
Congenital Pneumonia	9	45	10	50
Neonatal sepsis, septic shock	4	20	4	20
ขนาดของท่อหลอดลมคอ				
No. 2.5	2	10	3	15
No. 3.0	9	45	7	35
No. 3.5	9	45	10	50
ชนิดของเครื่องช่วยหายใจ				
Event	18	90	19	95
SLE 6000	2	10	1	5
Drager VN500	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยทารกแรกเกิด จำนวน 40 ราย พบว่า กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 ราย เป็นทารกเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 50 เท่ากัน ทารกทุกรายมีอายุระหว่าง 1-7 วัน ส่วนอายุในครรภ์มารดาอยู่ในช่วง $\geq 28-36$ สัปดาห์ และ $\geq 37-42$ สัปดาห์ ร้อยละ 50 เท่ากัน น้ำหนักตัวทารกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500-3,500 กรัม ร้อยละ 50 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็น Congenital Pneumonia ร้อยละ 45 ขนาดของท่อหลอดลมคอเบอร์ 3.0 และเบอร์ 3.5 ร้อยละ 50 เท่ากัน ชนิดของเครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่ใช้ Event ร้อยละ 90 ส่วนทารกแรกเกิดกลุ่มภายหลังกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 70 ทารกมีอายุระหว่าง 1-7 วัน ร้อยละ 85 ส่วนอายุในครรภ์มารดาอยู่ในช่วง $\geq 28 - 36$ สัปดาห์ ร้อยละ 60 น้ำหนักตัวทารกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2,500 –3,500 กรัม ร้อยละ 60 การวินิจฉัยโรคเป็น Congenital Pneumonia ร้อยละ 50 ขนาดของท่อหลอดลมคอเบอร์ 3.5 ร้อยละ 50 ชนิดของเครื่องช่วยหายใจใช้ Event ร้อยละ 95

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิงทั้งหมด 12 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 37.16 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยทารกวิกฤตโรงพยาบาลมหาสารคาม ส่วนใหญ่ > 9 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมา 1-3 ปี ร้อยละ 33.3 พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตร 4 เดือน และยังไม่ผ่านการอบรม ร้อยละ 50 เท่ากัน ซึ่งพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรม 6 คน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 1-3 ปี 4 คน อยู่ระหว่าง 4-6 ปี 2 คน

ส่วนที่ 3 ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการปฏิบัติของพยาบาลภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ (n = 20)

เรื่องที่ประเมิน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1. ส่งเวรข้อมูลเกี่ยวกับทารกใช้เครื่องช่วยหายใจ Setting/ปัญหา	288	100	0	0
2. การประเมินภาวะเสี่ยง รับเวร/ทุก 2-3 ชั่วโมง				
- ตรวจสอบขนาด ETT ความลึก/พลาสติก	288	100	0	0
- ฟังเสียงปอด (Breath sound) ด้วย Stethoscope	268	93.05	20	6.95
- ทดสอบ (Test) ปลดท่อเครื่องช่วยหายใจฟังเสียงปอด (Breath sound) โดยการบีบ Ambu bag ต่อกออกซิเจนเปิด 5 LPM	258	89.58	30	10.41
- ตรวจสอบการตั้งค่า (Setting) เครื่องช่วยหายใจ	288	100	0	0
- สภาพทารก ลักษณะหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจน (SpO ₂)	288	100	0	0
- ตรวจสอบสายเครื่องช่วยหายใจมีน้ำ (Circuit)	288	100	0	0
3. ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยยึดตรึง สาย/ท่อหลอดลมคอป้องกันท่อหลุด				
- นวัตกรรม Logan Bow	288	100	0	0
- นวัตกรรม Tubing holder พยางค์ตรวจจรรเครื่องช่วยหายใจ	288	100	0	0
- พลาสติกติดยึดท่อหลอดลมคอ	288	100	0	0
- พลาสติกติดยึดนวัตกรรม Logan Bow	288	100	0	0
4. การจัดทำนอนทารก				
- นอนในที่นอนรังนก	288	100	0	0
- ศีรษะรองหมอนรังนก	288	100	0	0
- ศีรษะลำคอทำตรงในท่า นอนหงาย นอนตะแคงซ้าย/ขวา	288	100	0	0
- การเคลื่อนย้าย X-ray โดยใช้พยาบาล 1-2 คน	47	100	0	0
5. จัดสิ่งแวดล้อม				
- อุณหภูมิห้อง	288	100	0	0
- แสง ผ้าคลุมห้อง	276	95.83	12	4.17
- เสียง ระมัดระวังปิด/เปิดตู้/ลดเสียง Alarm	288	100	0	0
6. การลงบันทึกของพยาบาล	288	100	0	0

จากตารางที่ 2 ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลให้การดูแลทารกตามแนวปฏิบัติทุกเรื่อง ร้อยละ 100 ยกเว้นในเรื่อง การทดสอบปลดท่อเครื่องช่วยหายใจฟังเสียงลมเข้าปอดโดยบีบ Ambu bag ต่อกออกซิเจนเปิด 5 ลิตรต่อนาที ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) โดยปฏิบัติ ร้อยละ 89.58 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 10.41 ซึ่งพยาบาลไม่ปฏิบัติเนื่องจากการปลดข้อต่อท่อหลอดลมคอจากเครื่องช่วยหายใจ อาจเป็น

อันตรายและอาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงได้จึงงดกิจกรรมนี้ในช่วงที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่หลังจากที่ทราบอาการคงที่แล้วก็จึงปฏิบัติกิจกรรมนี้ตามปกติ และกิจกรรมการใช้ผ้าคลุมเตียง ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 4.17 จากการศึกษาที่ได้รับการส่งไฟในการรักษาภาวะตัวเหลือง

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบอัตราการเกิดอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้

ภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ พบว่า พบอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 1 ครั้ง ในระยะเวลา 96 วัน คิดเป็นอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 10.41 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคือน้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่มีอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดทั้งหมด 3 ครั้ง ในระยะเวลา 93 วัน คิดเป็นอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 32.26 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดระหว่างกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้

การเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติ		รวม	χ^2	p-value
	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ			
หลุด	3	15	1	5	4	4.8	0.034*
ไม่หลุด	17	85	19	95	40		

*p<.05

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการเกิดอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด พบว่ากลุ่มภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ เกิดท่อหลอดลมคอหลุดจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 5) ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งเกิดท่อหลอดลมคอหลุดจำนวน 3 ครั้ง (ร้อยละ 15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .05) แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้น มีผลทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุการรื้อท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลง

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ (n=12)

รายการ	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. แนวปฏิบัติมีความง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติ	4.75	0.45	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติมีขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจนและสามารถปฏิบัติตามได้	4.83	0.38	มากที่สุด
3. แนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.83	0.38	มากที่สุด
4. การนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด	4.83	0.38	มากที่สุด
5. แนวปฏิบัติมีประโยชน์ในการป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกวิกฤต	4.83	0.38	มากที่สุด
6. ความพึงพอใจโดยรวมของท่านต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้	4.83	0.38	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ จำนวน 12 คน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.83$, S.D. = 0.38) และมีความพึงพอใจทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดโดยไม่ได้วางแผนในทารกแรกเกิด ได้แนวปฏิบัติประกอบด้วย 1) แผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ 2) คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีกิจกรรมหลัก 3 องค์ประกอบคือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี และการสื่อสารที่ดี ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Logan Bow นวัตกรรม Tubing holder และนวัตกรรมที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป (Nest) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติยาณี ปะนัดตานัง, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา⁵ ในงานวิจัยได้กล่าวถึงเยาวชนภา จันทรมา ที่ได้ศึกษาการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันท่อทางเดินหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยทารกและเด็ก ซึ่งเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี การสื่อสารที่ดี และการใช้ลวดโค้ง (Lowgan Bow) ช่วยยึดตรึงท่อหลอดลมคอ ร่วมกับการยึดท่อหลอดลมคอด้วยพลาสติกรูปตัว H และ Y และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จันคามิ⁹ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาสารคาม กิจกรรมทางการพยาบาลประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเริ่มต้นที่ดี การเฝ้าระวังที่ดี การสื่อสารที่ดี และการใช้นวัตกรรมลวดโค้ง (Lowgan Bow) นวัตกรรมลวดตัด (Tubing holder) และการใช้นวัตกรรมที่นอนรังนกผ้าและรังนกรองศีรษะ (Nest) แต่ความแตกต่างของกิจกรรมในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่ พบว่า การใช้พลาสติกกันน้ำชนิด multipore dry surgical tape มีความเหนียวไม่เปื่อยและง่าย ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย และติดยึดท่อหลอดลมคอได้ดีกว่าการใช้พลาสติก FIXUMO ในแนวปฏิบัติเดิม และวิธีการติดยึดท่อหลอดลมคอแบบรูปตัว Y ในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Lowgan Bow ปรับใหม่ให้ปลายสายพลาสติกของ Lowgan Bow ยาวถึงหน้าตั้งรูปหรือห่างจากตั้งรูปประมาณ 1-1.5 เซนติเมตร ทำให้การยึดท่อหลอดลมคอบีบแน่นกว่าและเปลี่ยนพลาสติกใหม่ได้ง่ายกว่าวิธีติดยึดท่อหลอดลมคอแบบ Buddy fix ร่วมกับการใช้นวัตกรรม Lowgan Bow ในแนวปฏิบัติเดิม ส่วนการใช้นวัตกรรมที่นอนรังนกและรังนกรองศีรษะสำเร็จรูป (Nest) ที่สร้างขึ้นใหม่ ที่มีทั้งขนาดของทารกกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนด แทนการใช้ นวัตกรรมที่นอนรังนกรองศีรษะ (Nest) แบบเดิม ซึ่งเมื่อมีรับผู้ป่วยใหม่ มีความสะดวกนำมาใช้ได้เลย รังนกรองศีรษะสำเร็จรูปช่วยลดการส่ายหน้าของทารกได้ดีกว่าแบบผ้า ประหยัดเวลาในการทำ Nest ลดค่าใช้จ่ายในการส่งผ้าซัก และทำความสะอาดฆ่าเชื้อได้ง่าย วัสดุคงทน

2. ผลของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่า 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง 100% ยกเว้นในเรื่อง การปลดท่อฟังเสียงลมเข้าปอดโดยปิบ Ambu bag ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) เนื่องจากอาจเป็นอันตรายและอาจทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศานาถ ชิระพันธ์¹⁰ ที่ได้ศึกษา การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดและได้รับการรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์: กรณีศึกษา ในโรงพยาบาลขอนแก่น หนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลให้รับกวนทารกให้น้อยที่สุด 2) ผลของอัตราการเกิดอุบัติเหตุการหนีท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด พบว่า กลุ่มภายหลังใช้แนวปฏิบัติ มีการเกิดท่อหลอดลมคอหลุด ร้อยละ 5 ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ที่เกิดท่อหลอดลมคอหลุดร้อยละ 15 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในกลุ่มภายหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบ 10.41 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติที่พบ 32.26 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีผลทำให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุการหนีท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา จันคามิ⁹ พบว่า กลุ่มภายหลังนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีการเกิดท่อหลอดลมคอหลุด ร้อยละ 10 ต่ำกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งเกิดท่อหลอดลมคอหลุด ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ภายหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น อัตราการเกิดอุบัติเหตุการหนีท่อ

หลอดลมคอเลื่อนหลุดเป็น 13.51 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ น้อยกว่ากลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ที่มีอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด 31.47 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อหลอดลมคอ¹¹ และการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติปรับปรุงใหม่สามารถลดการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดลงจาก 100 ครั้ง เหลือ 4.18 ครั้ง ต่อ 100 ชั่วโมงการปิดพลาสติก¹² เมื่อเทียบกับแนวปฏิบัติปัจจุบัน

3. ผลของความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติภายหลังจากนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯไปใช้ พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้าน สอดคล้องกับกฤติยาณี ปะนันตถานัง¹² พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจและความคิดเห็นในระดับมากที่สุดในทุกด้าน ส่วนคะแนนการใช้แนวปฏิบัติที่ได้น้อยคือ แนวปฏิบัติมีความง่ายและสะดวกในการนำไปปฏิบัติ คือ ในกิจกรรมแรกกับผู้ป่วยใหม่ต้องติดพลาสติกยึดท่อหลอดลมคอร่วมกับนวัตกรรม Logan Bow ทุกครั้ง แต่ภายหลังจากแพทย์ให้ยืนยันตำแหน่งท่อหลอดลมคอด้วยเอกซเรย์แล้วได้เลื่อนตำแหน่งใหม่ จะต้องเปลี่ยนพลาสติกยึดท่อหลอดลมคอและติดนวัตกรรม Logan Bow ใหม่ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 1) ให้ความรู้กับพยาบาล เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมทั้งมีการ สอน สาธิต การผลิตนวัตกรรม และการใช้นวัตกรรมที่ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน 2) ในการปฏิบัติการพยาบาลยังพบอุบัติการณ์ท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในขณะช่วงรับส่งเวร ดังนั้นถ้าหากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด เช่น ทารกตื่นจากการไม่สุขสบายหรือมีเสมหะมาก พยาบาลผู้ดูแลควรดูแลหยาใจโล่งก่อน และท่อตัวทารกในกรณีทารกตื่นตื่นมาก ๆ 3) พยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ควรมีส่วนร่วมในการนำแนวปฏิบัติมาใช้อย่างต่อเนื่อง และมีความตระหนักในการประเมินและเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุด

2. ด้านการบริหารจัดการ ผู้บริหารและหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ในการดูแลเพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดอย่างเพียงพอ หัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญในการให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติได้นำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งนิเทศติดตาม เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้แนวปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ในระหว่างการศึกษา ยังมีการตัดสินใจของพยาบาลและการวินิจฉัยของแพทย์ว่าท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดในทารกบางราย และจะถอดท่อหลอดลมค่ออกเพื่อใส่ใหม่ แต่ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบและมั่นใจว่าท่อหลอดลมคอเลื่อนหลุดยังไม่หลุด จึงขอให้แพทย์ใช้ Laryngoscope ตรวจสอบ พบว่าท่อหลอดลมคอยังไม่หลุด ดังนั้น ในรายที่ไม่มั่นใจควรใช้ Laryngoscope ตรวจสอบโดยแพทย์ผู้ดูแลทุกครั้ง

เอกสารอ้างอิง

1. Silva PSL da, Reis ME, Aguiar VE, Fonseca MCM. Unplanned extubation in the neonatal ICU: a systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Respir Care*. 2013 Jul;58(7):1237–45.
2. กฤติยาณี ปะนันตถานัง, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา. การศึกษาสถานการณ์การเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจโดยไม่ได้วางแผนในผู้ป่วยเด็กทารกกระยะวิกฤต. ใน: การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19;9 มีนาคม 2561; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561;817-827.
3. Roddy DJ, Spaeder MC, Pastor W, Stockwell DC, Klugman D. Unplanned Extubations in Children: Impact on Hospital Cost and Length of Stay. *Pediatr Crit Care Med*. 2015 Jul;16(6):572–5.

4. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. Nurs Clin North Am. 2000 Jun;35(2):301–9.
5. กฤติยาณี ปะนัดตานัง, นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา. แนวทางในการดูแลป้องกันต่อทางเดินหายใจเฉื่อยหุดในผู้ป่วยเด็กทารกระยะวิกฤต : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564;44(3):1-15.
6. Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses. LondonL Churchill Livingston; 2002.
7. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice. Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 530 p.
8. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Principles and Methods. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 800 p.
9. อังคนา จันคามิ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อหลอดลมคอเฉื่อยหุดในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลมหาสารคาม [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
10. นิตานาด ชีระพันธ์. การพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดและได้รับการรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2020;17(3):100-111.
11. รุจิรา ดิษฐวงศ์, เดือนเพ็ญ ทองป้อง. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันต่อหลอดลมคอเฉื่อยหุดในทารกแรกเกิด หอผู้ป่วยหนักเด็ก โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2559; 44(3):57-66.
12. ทศนีย์ ใจภักดี, ปณิตา สมเกท, ศิมาภรณ์ พันธุมาศ. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันต่อหลอดลมคอเฉื่อยหุดและลดการบาดเจ็บของผิวหนังในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2566;48(3):110-116.
13. กฤติยาณี ปะนัดตานัง. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันต่อทางเดินหายใจเฉื่อยหุดในผู้ป่วยเด็กทารกระยะวิกฤต โดยใช้ CURN Model [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.

บทความวิจัย

ผลการเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์
ในระยะรอคลอดด้วยวิธีแบบแดร์และวิธีแบบจอห์นสัน

Received: 23 October 2023
Revised: 4 April 2024
Accepted: 29 April 2024

สุพันธ์นันท์ วรรณพฤษ์ พย.บ.¹
ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร พย.ม.^{2*}
เรืองศิริ ภาณุเวศ พย.ม.³
จิตตานันท์ ศรีสุวรรณ พย.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ การคัดกรองความเสี่ยงโดยใช้การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์เป็นการตรวจประเมินที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการตัดสินใจดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอด เพื่อป้องกันภาวะคลอดยาก

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดด้วยวิธีแบบแดร์และวิธีแบบจอห์นสัน กลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มารอคคลอด อายุครรภ์ระหว่าง 24-41⁺⁶ สัปดาห์ และมีศีรษะทารกเป็นส่วนนำ จำนวน 200 คน โดยทุกรายจะได้รับการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ทั้ง 2 วิธี โดยใช้สถิติ Exact probability test สำหรับ P-value estimated from Exact McNemar test หลังจากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกแรกคลอดด้วย Modified Bland-Altman's plot

ผลการวิจัย พบว่า กรณีที่มีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้น้อยกว่า 3,500 กรัม วิธีแบบแดร์สามารถประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกคลอดมากกว่าวิธีแบบจอห์นสัน โดยมีค่าที่แตกต่างกัน \pm ไม่เกิน 200 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) และเมื่อมีการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้มากกว่า 3,500 กรัม พบว่าวิธีการทั้ง 2 วิธี สามารถประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับน้ำหนักทารกแรกคลอด ($p=0.503$)

สรุปผล: การคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแดร์ เป็นวิธีที่ง่ายและสามารถประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักทารกแรกคลอด

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลประจำห้องคลอดสามารถใช้เป็นแนวทางคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้นต่อภาวะคลอดติดไหล่หรือคลอดยาก โดยใช้การคาดคะเนน้ำหนักของทารกในครรภ์ระหว่างรอคลอด และหากพบว่าทารกในครรภ์น้ำหนักตัวมาก จะได้ใช้ประกอบการรายงานสูติแพทย์พิจารณาชนิดการคลอดต่อไป

คำสำคัญ : การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์, เส้นรอบท้อง, ความสูงของยอดมดลูก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: ppromsaka@yahoo.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

Comparative Study on Estimated Fetal Weight in Labor Use Dare's and Johnson's Formula

Received: 23 October 2023

Revised: 4 April 2024

Accepted: 29 April 2024

Supanthinan Wannapuek B.N.S.¹

Piyanuch Promsaka na sakolnakorn M.N.S.^{2*}

Rueangsiri panuwet, APN M.N.S.³

Jittanun Srisuwan M.Sc⁴

Abstract

Introduction: Screening for risk using fetal weight estimation is an important assessment for midwives in making decisions regarding care for pregnant women during the antenatal period to prevent obstructed labor.

Research objectives: To compare the estimation of fetal weight in the delivery room department using Dare's formula and Johnson's formula.

Research methodology: The sample was 200 pregnant women who were gestational age between 24-41⁺⁶ weeks and came to give birth in the delivery room of Nong Bua Lamphu Hospital. All samples were given Dare's formula and Johnson's formula for fetal body weight prediction and compared to the actual birth weight using the Exact probability test for P-value estimation from the Exact McNemar test. Then, the results were compared with the birth weight using Modified Bland-Altman's.

Results: Findings in the case of predicting the fetal weight of not more than 3,500 grams, it was found that Dare's formula can estimate fetal weight closer to newborn weight than Johnson's formula. It has compared to the actual birth weight of \pm not more than 200 grams. Statistical Significance ($p=0.020$). When the newborn weight more than 3,500 grams, both methods can be used to estimate the fetal weight close to the newborn weight, no difference ($p=0.503$).

Conclusion: Estimating fetal weight during pregnancy using the Dare's formula is a simple approach and can predict fetal weight close to the actual birth weight.

Recommendations: Based on the findings of this research, midwives can use fetal weight estimations as an initial screening tool for the risk of shoulder dystocia or obstructed labor. When midwives detect a fetal with excessive weight, it can be used to inform the obstetrician for consideration in the type of delivery.

Keywords: Estimate fetal weight, abdominal circumference, fundal height

¹ Registered Nurse, Nongbua lamphu Hospital

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

* Corresponding author: E-mail: ppromsaka@yahoo.com

³ Registered Nurse, Nongbualamphu Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

บทนำ

การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอดเป็นการตรวจประเมินที่สำคัญ เพื่อการวางแผนการคลอดได้ถูกต้องเหมาะสม ในปัจจุบันการคาดคะเนน้ำหนักทารกมีหลายวิธี เช่น การตรวจคลื่นความถี่สูง (ultrasound) วิธีแบบแดร์ (Dare's formula) และวิธีแบบจอห์นสัน (Johnson's formula) หากเกิดการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์คลาดเคลื่อนกับความเป็นจริงมาก จะทำให้มีผลต่อการวางแผนการคลอดในหญิงตั้งครรภ์ผิดพลาด เช่น ทารกในครรภ์ตัวโตมากกว่าที่คาดคะเนไว้ อาจทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ทำให้ทารกเกิดการบาดเจ็บเส้นประสาทแขน (brachial plexus injury) กระดูกไหปลาร้าหัก (fracture clavicle)⁽¹⁾ เสียชีวิตในระหว่างคลอด หรืออาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกคลอด (birth asphyxia) ได้ ดังนั้น การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่แม่นยำจะช่วยวางแผนการคลอดได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย ช่วยลดอุบัติการณ์ความพิการและอัตราการตายปริกำเนิดลงได้ และจากการปฏิบัติงานจริงในห้องคลอด พบว่า วิธีการในการใช้คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์แบบเดิม แม้จะเป็นวิธีที่ใช้มานานแต่มีความคลาดเคลื่อนมาก ทำให้เกิดความผิดพลาดจนอาจจะเกิดอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ขึ้นในห้องคลอดได้ สำหรับอัตราการคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินในห้องคลอดพบได้บ่อยประมาณร้อยละ 0.6-1.4 ของการคลอดทางช่องคลอด⁽²⁾ จากสถิติ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู มีข้อมูลการคลอดติดไหล่ ในปี 2560, 2561, 2562 และ 2563 พบจำนวน 1 ราย, 2 ราย, 1 ราย, และ 3 ราย ตามลำดับ ซึ่งในจำนวนทารกที่คลอดติดไหล่ในปี 2563 พบทารกที่เสียชีวิตจากการคลอดติดไหล่ 1 ราย⁽³⁾ นับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตราย ทำให้เกิดความสูญเสียรวมถึงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจต่อทั้งมารดาและทารก มีการศึกษาของ ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล (2550) ทำการคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดด้วยวิธีแบบแดร์ ในหญิงตั้งครรภ์ระยะเจ็บครรภ์คลอด พบว่า น้ำหนักทารกในครรภ์มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับน้ำหนักทารกแรกเกิด เมื่อทำการชั่งภายใน 30 นาทีหลังคลอด⁽⁴⁾ สอดคล้องกับออร์พินทร์ เตชรังสรรค์ และวันเพ็ญ สุขสง (2561) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนดจำนวน 100 คนโดยใช้วิธีแบบแดร์ เปรียบเทียบกับน้ำหนักจริงของทารกแรกเกิด และพบว่า วิธีแบบแดร์ สามารถนำมาใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกได้⁽⁵⁾ และแม้ว่าจะมีวิธีการอื่นที่คาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ได้ดีกว่า เช่น การศึกษา ของ ดร.ซินด้า อาอีชา ซิดดีควัว (Dr. Synda Ayesha Siddiqua, 2014) ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครบกำหนด 100 คน เปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 3 วิธี คือ 1) วิธีแบบแดร์ 2) วิธีแบบจอห์นสัน และ 3) วิธีการแบบ Hadlock ผลการวิจัยพบว่า วิธีแบบ Hadlock เป็นวิธีที่คาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ความชำนาญในการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง⁽⁶⁾ การศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า วิธีแบบแดร์เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอด แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อายุครรภ์ครบกำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เท่านั้น ข้อแตกต่างของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว มีส่วนนำเป็นทำศิระชะ ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24-41⁺ สัปดาห์ที่มารอดคลอดทุกราย เพื่อใช้ประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนการคลอดทุกราย เพื่อค้นหาวิธีคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ที่มีความเหมาะสม สามารถนำมาใช้ได้จริงจะช่วยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดสามารถตัดสินใจวางแผนในการดูแลผู้คลอดและทารก ให้คลอดอย่างปลอดภัย จึงเป็นที่มาของการศึกษาค้นคว้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดด้วยวิธีแบบแดร์ (Dare's formula) และ

แบบจอห์นสัน (Johnson's formula) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มารอดคลอด

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา Diagnostic research (Cross section study) เก็บข้อมูลแบบ prospective data collection ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ครรภ์เดี่ยวที่เจ็บครรภ์จริงมาคลอดที่โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยกลุ่มตัวอย่าง

มีเกณฑ์ในการเข้าร่วม ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์เดี่ยว อยู่ในระยะเจ็บครรภ์จริงและมีส่วนนำของทารกเป็นศีรษะ 2) มีอายุครรภ์ระหว่าง 24 - 41⁺⁶ สัปดาห์ และ 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จากสูตร Estimates sample size for two-sample comparison of means (equivalence) ภายใต้สมมติฐานจากการศึกษานำร่องวิธีแบบจอห์นสัน จะให้การประมาณน้ำหนักทารกแรกเกิดคาดเคลื่อนไม่เกิน acceptable error ที่ 191 กรัม จากเฉลี่ยของน้ำหนักทารกจริง กำหนดการทดสอบเป็น two sided ด้วยความคาดเคลื่อนที่หนึ่ง (significance) ที่ร้อยละ 5 และ power ร้อยละ 80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 คน เพื่อการสูญหายของข้อมูลที่ร้อยละ 15 ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 196 คน ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 200 คน ซึ่งทุกรายจะได้รับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดทั้ง 2 วิธี คือ 1) วิธีการวัดแบบแดร์ มีสูตรคำนวณ คือ ผลคูณระหว่างระดับความสูงของยอดมดลูก (fundal height: FH) กับเส้นรอบหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ (abdominal circumference: AC) และ 2) วิธีการวัดแบบจอห์นสัน มีสูตรคำนวณ คือ (ความสูงของยอดมดลูก (fundal height) - ระดับส่วนนำ) คูณด้วย 155 โดยระดับส่วนนำจะเลือกใช้ 2 ค่า คือตัวเลข 11 จะเลือกใช้เมื่อระดับส่วนนำของทารกอยู่ตั้งแต่ระดับ ischial spine ลงมา และตัวเลข 12 จะเลือกใช้เมื่อระดับส่วนนำของทารกอยู่เหนือกว่ากระดูก ischial spine

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคล (2) แบบบันทึกผลการวัดการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแดร์ และแบบจอห์นสัน และ (3) แบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักจริงของทารกแรกคลอดรายบุคคล หลังจากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักจริงของทารกแรกคลอดแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Exact probability test สำหรับ P-value estimated from Exact McNemar test หลังจากนั้นนำมาเปรียบเทียบกับน้ำหนักทารกแรกคลอดด้วย Modified Bland-Altman's plot

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลครั้งนี้ผ่านการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 11/2564 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมีการอธิบายขั้นตอนทุกครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย โดยทุกการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล และผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

นำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางสถิติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อมูลการจำแนกผลการเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอด ด้วยวิธีแบบแดร์ (Dare's formula) และแบบจอห์นสัน (Johnson's มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปและข้อมูลทางสถิติของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 200)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (n= 200)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Age) (mean, \pm SD) (25.25, \pm 6.4)		
<20 ปี	137	68.5
20-34 ปี	40	20.0
\geq 35 ปี	23	11.5
น้ำหนัก (weight) (mean, \pm SD) (68.7, \pm 11.5)		
<50 กิโลกรัม	6	3.0
51-75 กิโลกรัม	144	72.0
76-99 กิโลกรัม	46	23.0
\geq 100 กิโลกรัม	4	2.0
ส่วนสูง (height) (mean, \pm SD) (158.4, \pm 5.4)		
<145 ซม.	1	0.5
>146 ซม.	199	99.5
BMI (mean, \pm SD) (27.3, \pm 4.3)		
<19.0 (ต่ำกว่าเกณฑ์ Underweight)	165	82.5
19-25 (ปกติ Normal)	22	11
26-29 (เกินเกณฑ์ Overweight)	11	5.5
>30 (อ้วน Obese)	2	1.0
ภาวะแทรกซ้อน (Maternal complication) (n=50)		
เบาหวาน (Diabetes mellitus)	10	20
ความดันโลหิตสูง (hypertension)	14	28
ภาวะโลหิตจาง (Anemia)	19	38
- hematocrit (Hct) <30%	(6)	(12)
- hematocrit (Hct) 30-32.9 %	(13)	(26)
โรคหัวใจ (Heart disease)	1	2
โรคไทรอยด์ (Thyroid disease)	2	4
การใช้อยาเสพติด (Drug addict)	2	4
มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค		
- Diabetes mellitus and hypertension	2	4

จากตารางที่ 1 พบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 200 คน มีอายุเฉลี่ย 25.5 ปี (SD \pm 6.4) มีค่า BMI เฉลี่ย 27.3 (SD \pm 4.3) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.4 Cm. (SD \pm 5.4) มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยขณะตั้งครรภ์จำนวน 50 คน (ร้อยละ 25) ภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก คือภาวะโลหิตจาง (anemia) พบจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด โดยมีระดับ hematocrit (Hct) <30% จำนวน 6 คน hematocrit (Hct) 30-32.9 % จำนวน 13 คน และพบมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 โรค คือ เป็นเบาหวานและความดันสูงขณะตั้งครรภ์จำนวน 2 คน

ตารางที่ 2 แสดงประวัติและการตรวจร่างกายทางสูติกรรม (n= 200)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการคลอด (Parity)		
ไม่เคยคลอดบุตร	118	59
1 ครั้ง	56	28
2 ครั้ง	20	10
≥3 ครั้ง	6	3
อายุครรภ์ (Gestation) (สัปดาห์)		
24 - 34	5	2.5
>34 - 36 ⁺⁶	13	6.5
37 - 41 ⁺⁶	182	91
ความสูงของยอดมดลูก (FH)		
< 30 ซม.	26	13.0
30-34 ซม.	113	56.5
≥ 35 ซม.	61	30.5
เส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือ (AC)		
<89 ซม.	26	13.0
90-94 ซม.	45	22.5
95-99 ซม.	45	22.5
≥100 ซม.	84	42.0
การเคลื่อนต่ำของส่วนนำทารก (station)		
ระดับ 0	119	59.5
ระดับ -1, -2	78	39
ระดับ +1, +2	3	1.5
ถุงน้ำคร่ำ (membrane)		
ถุงน้ำยังไม่แตก (membrane intact)	164	82
ถุงน้ำแตก (Membrane rupture)	25	12.5
ถุงน้ำรั่ว (Membrane leak)	11	5.5

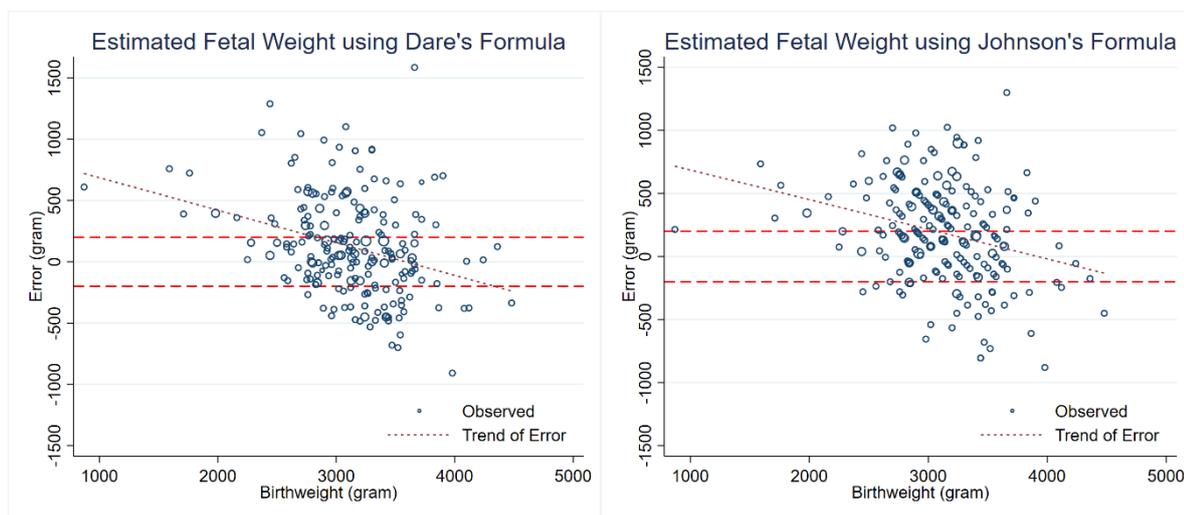
จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติและการตรวจร่างกายทางสูติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยคลอดบุตรมาก่อนจำนวน 118 คนคิดเป็นร้อยละ 59 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-41 สัปดาห์ จำนวน 182 คนคิดเป็นร้อยละ 91 การเคลื่อนต่ำของส่วนนำอยู่ที่ระดับ 0 มากที่สุดจำนวน 119 คนคิดเป็นร้อยละ 59.5 มีความสูงของยอดมดลูกอยู่ที่ระดับ 30-34 ซม. คิดเป็นร้อยละ 56.5 มีเส้นรอบวงหน้าท้องที่ระดับสะดือพบมากที่สุดที่ระดับ ≥100 ซม. คิดเป็นร้อยละ 42 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (Membrane intact) จำนวน 164 คนคิดเป็นร้อยละ 82

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการจำแนกผลการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอด ด้วยวิธีแบบแดร์ (Dare's formula) และแบบจอห์นสัน (Johnson's formula) (n= 200)

การจำแนก (Classification)	วิธีแบบแดร์ (Dare's formula)		วิธีแบบจอห์นสัน (Johnson formula)		P-Value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
correct estimation ± 200 grams	92	46.0	74	37.0	0.020*
under estimation by 200 grams	39	19.5	31	15.5	0.152
over estimation by 200 grams	69	34.5	95	47.5	<0.001*
Misclassified over 3500 grams	36	18.0	40	20.0	0.503

*P-value<0.05 (*P-value estimated from Exact McNemar test)

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอด พบว่า วิธีแบบแดร์ สามารถประเมินน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ที่ไม่เกิน 3,500 กรัม ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักตัวของทารกแรกคลอดมากกว่าวิธีแบบจอห์นสัน โดยมีค่า \pm ไม่เกิน 200 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) และเมื่อมีการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ได้มากกว่า 3,500 กรัม จะพบว่าวิธีแบบแดร์ และวิธีแบบจอห์นสัน ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวของทารกแรกคลอด ($p=0.503$) และจากผลลัพธ์ทางคลินิก ดังตารางที่ 2 แสดงให้เห็นลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นอย่างวิธการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแดร์ สามารถคาดคะเนน้ำหนักทารกได้ดีกว่า



รูปที่ 1 Modified Bland-Altman's plot

จากรูปที่ 1 แสดง Limit of agreement คือ ขอบเขตที่ยอมรับให้คลาดเคลื่อนได้ ประมาณ ± 200 กรัม (based on 2SD from pilot review) ผลการศึกษา พบว่า การคำนวณวิธีแบบจอห์นสัน พบทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดจำนวนมากว่าที่คาดคะเนไว้เกิน 200 กรัม (over estimation by 200 grams) มากกว่าวิธีแบบแดร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

วิจารณ์และอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มารอคคลอด อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 24-41⁺⁶ สัปดาห์ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแตร สามารถประเมินน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ที่ไม่เกิน 3,500 กรัม ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักจริงของทารกแรกคลอดมากกว่าวิธีแบบจอห์นสัน โดยมีค่า \pm ไม่เกิน 200 กรัมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) และเมื่อมีการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ได้มากกว่า 3,500 กรัม จะพบว่าวิธีแบบแตรและแบบจอห์นสันประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักตัวจริงของทารกได้ไม่แตกต่างกัน ($p=0.503$) และแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 200 รายจะมีลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางสูติกรรมที่แตกต่างกันดังที่แสดงในตารางที่ 1 และ 2 การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแตร ก็สามารถคาดคะเนน้ำหนักทารกได้ใกล้เคียงกว่า อีกทั้งวิธีแบบแตรเป็นวิธีที่ทำได้ในขอบเขตของพยาบาลห้องคลอด ซึ่งมีความสะดวก ทำได้เลย โดยไม่ต้องใช้การตรวจภายในเพื่อประเมินระดับส่วนนำของทารกมาประกอบคำนวณเหมือนวิธีแบบจอห์นสัน ดังนั้นการใช้วิธีแบบแตรจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและทำได้ง่าย สะดวก สามารถทำได้โดยพยาบาลผดุงครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสุภาพ ขอบขยัน (2563) พบว่า ส่วนต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดเมื่อคำนวณด้วยวิธีแบบแตรน้อยกว่าวิธีแบบจอห์นสัน เหมาะที่จะนำมาใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะเจ็บครรภ์คลอด⁽⁷⁾ นอกจากนี้ สุรัตน์ เอื้ออำนวย และเทียรทอง ชาระ(2563) ทำการศึกษา หญิงตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ทารกมีส่วนนำเป็นศีรษะ จำนวน 800 ราย พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแตร มีความคลาดเคลื่อนน้อยกว่าวิธีแบบจอห์นสัน และเสนอให้ทดลองใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนคลอด เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินองค์ประกอบการคลอดและพิจารณาวิธีคลอดที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ต่อไป⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ อริโยและคณะ (2020) ได้แนะนำให้ใช้วิธีแบบแตร ในกรณีทารกที่น้ำหนัก >2,500 กรัม แต่ไม่แนะนำให้ใช้วิธีแบบแตร ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่มีภาวะ low birth weight⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุริพร ศรีโพธิ์อ่อน ราตรี พลเยี่ยม และลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย (2564) พบว่า ระดับความสูงของยอดมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ครบกำหนดอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ ประกอบกับการศึกษาของ วรณวิภา รัตนพิทักษ์ (2566) ที่เสนอว่า หญิงตั้งครรภ์ควรมีค่า BMI ปกติจึงสามารถใช้วิธีแบบแตร ในการคะเนน้ำหนักทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์จริงได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นการนำวิธีวัดระดับความสูงของยอดมดลูก หรือการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีการต่างๆ ไปใช้ในคัดกรองความเสี่ยงของมารดาและทารกในระยะคลอด จึงควรอย่างยิ่งเพื่อเตรียมการคลอดที่เหมาะสมต่อไป ดังเช่นการศึกษาของ คูมาริ (Kumari V, Singh A., 2024) เปรียบเทียบวิธีแบบแตรกับการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง พบว่า แม้วิธีแบบแตรจะสามารถคาดคะเนได้ใกล้เคียงน้อยกว่าการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง แต่การใช้วิธีแบบแตรก็ยังมีเหมาะสมและมีประโยชน์ในกรณีที่โรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดเรื่องการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง⁽¹²⁾ ประไพรัตน์ แก้วศิริ ศิริพร เหมธูลิน และพิมลพรรณ อันสุข (2564) มีนวัตกรรมสายวัดที่พัฒนาขึ้นมาจากวิธีแบบจอห์นสัน ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า การคาดคะเนที่ได้จากนวัตกรรมเมื่อเทียบกับน้ำหนักจริงทารกมีความใกล้เคียงกัน⁽¹³⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบวิธีแบบจอห์นสันกับการตรวจคลื่นความถี่สูง ผลการศึกษา พบว่า วิธีแบบจอห์นสันก็สามารถนำมาใช้คาดคะเนน้ำหนักทารกได้ แต่ต้องใช้ทักษะความชำนาญในการตรวจภายในเพื่อประเมินระดับส่วนนำเทียบกับระดับ ischial spine^(14,15) การศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่า วิธีแบบแตรเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะรอคลอดและเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อายุครรภ์ครบกำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เท่านั้น ข้อแตกต่างของงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์เดี่ยว มีส่วนนำเป็นท่าศีรษะ มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 24-41⁺⁶ สัปดาห์ที่มารอคคลอดทุกราย เพื่อใช้ประเมินและคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ก่อนการคลอดทุกราย ผลการวิจัย

พบว่า วิธีแบบแตร สามารถประเมินน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ที่ไม่เกิน 3,500 กรัม ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักจริงของทารกแรกคลอดมากกว่าวิธีแบบจอห์นสัน โดยมีค่า \pm ไม่เกิน 200 กรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) และเมื่อมีการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์ได้มากกว่า 3,500 กรัม จะพบว่าวิธีแบบแตรและแบบจอห์นสัน ประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์ได้ใกล้เคียงกับน้ำหนักตัวจริงของทารกได้ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยวิธีแบบแตร จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับพยาบาลประจำห้องคลอด ที่ใช้คัดกรองความเสี่ยงโดยใช้การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดยาก อีกทั้งวิธีแบบแตร เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก ใช้อุปกรณ์เพียงสายวัดอย่างเดียว จึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของผู้ปฏิบัติงานในห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้คัดกรองผู้คลอดที่มีโอกาสคลอดทารกตัวโตหรือทารกน้ำหนักน้อย และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจดูแล หรือส่งต่อผู้คลอดไปยังโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อการคลอดที่ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก อย่างไรก็ตามการคาดคะเนน้ำหนักทารกทั้ง 2 วิธี สามารถนำไปใช้ได้ขึ้นกับบริบทและความชำนาญของบุคลากรของแต่ละโรงพยาบาล คณะผู้วิจัยมีข้อสังเกตให้ควรพิจารณาวิธีอื่นร่วมด้วยในกรณีเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Obesity เนื่องจากความหนาของผนังหน้าท้องจะมีผลต่อการวัดทำให้ได้ค่าของน้ำหนักตัวทารกออกมาเกินจริง พยาบาลควรมีการศึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อวางแผนการคลอดที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ควรนำวิธีแบบแตร ไปใช้ในห้องคลอด โดยเฉพาะเวรนอกเวลา เพื่อเป็นแนวทางในการส่งต่อและรายงานสูติแพทย์ เมื่อพบว่าการคาดคะเนน้ำหนักตัวทารกในครรภ์มีน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ในระยะรอคลอดเพื่อการป้องกันภาวะคลอดติดไหล่หรือภาวะคลอดยาก

เอกสารอ้างอิง

1. ชรรค์ชัย มั่งงิโศพรพันธ์. การบาดเจ็บของชายประสาทแขนในทารกแรกเกิด. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(4); 20-23.
2. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564 แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการคลอดไหล่ยาก(17 กรกฎาคม 2563)
3. สถิติห้องคลอด โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560-2563.
4. ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล. การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด. พุทธชินราชเวชสาร. 2550; 24(1): 15-21.
5. อรพินทร์ เตชรังสรรค์ วันเพ็ญ สุขสง. การศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักทารกที่ได้จากผลคูณความสูงของมดลูกกับเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย. วารสารการพยาบาลสภากาชาดไทย. 2561; 11(1): 161-169.
6. Siddiqua. S.A, Deepthi, Bharath. A Comparative Study of Various Methods of Fetal Weight Estimation at Term Pregnancy. JMSCR. [อินเทอร์เน็ต]. 2014.[เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 65]; 2(10): 2737-2748. เข้าถึงได้จาก: <http://jmscr.igmpublication.org/v2-i10/35%20jmscr.pdf>
7. อังสนา วิสสุตเกษมพงศ์ สุขภาพ ชอบขยัน. การศึกษาเปรียบเทียบการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธีของ Dear และ Johnson แสดงความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(4); 637-645.
8. สุรัตน์ เอื้ออำนวย เทียรทอง ชาระ.การคาดคะเนน้ำหนักทารกด้วยวิธีการของจอห์นสันและแตร.

วารสารเกื้อการุณย์. 2563; 27(2 July – December); 155-163.

9. Ariyo BO, Yohanna S, Odekunle JO. Accuracy of the product of symphysio-fundal height and abdominal girth in prediction of birth weight among term pregnant women at Keffi, Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 Jun 10;12(1):e1-e6. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2113. PMID: 32634011; PMCID: PMC7343927.
10. สุรีพร ศรีโพธิ์อ่อน ราตรี พลเยี่ยม ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสูงยอดมดลูกกับการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในผู้คลอดครรภ์ครบกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;15(38); 497-507.
11. วรณวิภา รัตนพิทักษ์ .การศึกษาเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ระหว่างการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ในระยะคลอดด้วยวิธี Dear และวิธีตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงกับน้ำหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางบัวทอง.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2566; ปีที่ 26 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
12. Kumari V, Singh A. Accuracy of Dare's formula in estimating fetal birth weight in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024 Jan 17. doi: 10.1002/ijgo.15368. Epub ahead of print. PMID: 38234157.
13. ประไพรัตน์ แก้วศิริ ศิริพร เหมธูลิน พิมลพรรณ อันสุข. ผลการใช้นวัตกรรมสายวัด 2-in-1 เพื่อคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกคลอดในสตรีตั้งครรภ์ระยะคลอด. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2564; 27(2):188-201.
14. Joshi A, Panta OB, Sharma B. Estimated Fetal Weight: Comparison of Clinical Versus Ultrasound Estimate. *J Nepal Health Res Counc*. 2017 Jan;15(1):51-55. doi: 10.3126/jnhrc. v15i1.18014. PMID: 28714492.
15. Pradhan P, Neupane B, Shrestha S, Dangal G. Comparison of Johnson's Method with Hadlock's Method for Estimation of Fetal Weight in Term Pregnancies. *J Nepal Health Res Counc*. 2019 Aug 4;17(2):228-232. doi: 10.33314/jnhrc.v0i0.1999. PMID: 31455939.

บทความวิจัย

การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

Received: 24 March 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 29 April 2024

จิรัชญา มัชฌาโส พย.บ¹นพพร จันทระเสนา พย.ม²ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ Ph.D^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยสำคัญ การเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็ก จะช่วยให้เด็กเติบโตและพัฒนาอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแบบแผนการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ใช้กรอบแนวคิดของเคมมิสและแมคทาากาท โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะคือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ 3) การตรวจสอบติดตาม และ 4) การสะท้อนผล คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบหลายขั้นตอนและสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกตัวแทนจาก 4 พื้นที่ของอำเภอหนองหาน รวม 97 คน ประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และ ความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.70-0.88 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า แบบแผนการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 1) การกำหนดนโยบายระหว่างผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนร่วมกัน 2) การดำเนินการแบบบูรณาการ และ 3) ระบบการติดตามเชื่อมโยงจากสถานบริการถึงชุมชนโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วม ผลการประเมินแบบแผนการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นพบว่ากลุ่มบุคลากรมีความคิดเห็นในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.77, SD = 0.25$) และกลุ่มผู้ปกครองมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.69, SD = 0.41$)

สรุปผล: แบบแผนการเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้

ข้อเสนอแนะ: การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรดำเนินการแบบบูรณาการร่วมกันในหลายภาคส่วนตามบริบทของพื้นที่โดยมีผู้จัดการดูแลสุขภาพเด็กเป็นผู้ประสานงาน

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบแผน การเฝ้าระวัง การส่งเสริม พัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองหาน

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองหาน

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: ypongsing@gmail.com

The Development of Surveillance and Promotion Model of Early childhood Development in Child Care Center, Nonghan District, Udonthani

Received: 24 March 2024

Revised: 24 April 2024

Accepted: 29 April 2024

Jiruschaya Makanaso B.N.S¹

Nopporn Chantharasena M.S.N²

Yupaporn Tirapaiwong Ph.D^{3*}

Abstract

Introduction: Early childhood is an important age period. Surveillance and promotion of child development that focuses on participation in child rearing, it will help children grow and develop with quality.

Research objectives: To develop surveillance and promotion model of early childhood development in child care centers, Nonghan District, Udonthani.

Research methodology: This action research using concept of Kemmis & Mc Taggart, consisted of 4 phases: 1) Planning 2) Implementation 3) Monitoring and 4) Reflection. A multi-stage target group and a simple random were used to selected target group representing 4 areas of Nong Han District, a total of 97 people, including personnel groups and parents of young children. The research instruments were examined for content validity by 5 experts, the index of concordance (IOC) were between 0.67-1.00, and the reliability were between 0.70-0.88. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, and qualitative data using content analysis.

Results: The development model consisted of 3 components: 1) establishing policy formulation among responsible parties, 2) integrated implementation, and 3) monitoring system linking from the service center to the community using participatory strategies. The evaluation of surveillance and promotion model of early childhood development in child care center revealed that in the overall average of appropriate and possibility were at the high level ($M = 4.77, SD = 0.25$). The caregiver and health volunteers also assessed satisfaction of the model with the high level ($M=4.96, SD = 0.41$).

Conclusion: Surveillance model developed can be used to monitor and promote child development.

Implications: Surveillance and promotion of early childhood development should be carried out in an integrated manner in many sectors according to the local context, with child health care managers as coordinators.

Keywords: Development Model, Surveillance, Promotion, Early childhood Development, Child Care Center

¹ Registered Nurse, Professional Level, Nonghan Hospital

² Registered nurse, Senior Professional Level, Nonghan Hospital

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: ypongsing@gmail.com

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและสติปัญญา การส่งเสริมการเลี้ยงดูเพื่อพัฒนาให้เด็กเติบโตและพัฒนาอย่างมีคุณภาพ ถือเป็นหน้าที่สำคัญยิ่งของบุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 3 ปีแรกของเด็กซึ่งเป็นโอกาสทองของชีวิตที่สมองมีการเจริญเติบโตสูงสุดและพร้อมที่จะเรียนรู้ในทุกๆ ด้าน¹ หากเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะถือเป็นการสูญเสียโอกาสอย่างยิ่งต่อการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิตของคนไทยในอนาคต ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กต้องครอบคลุมทั้ง 5 ด้านได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine motor) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language) ด้านการใช้ภาษา (Expressive language) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and social)² หากเด็กปฐมวัยไม่ได้รับการดูแลหรือส่งเสริมการพัฒนาทุกด้านในช่วงวัยนี้ อาจเกิดปัญหาทำให้พัฒนาการของสมองล่าช้า มีปัญหาทางด้านพฤติกรรม ตลอดจนการเรียนรู้ สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม และทักษะทางภาษาของเด็กได้ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเป็นภาระของผู้ดูแลและส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคมของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติได้รวมทั้งการเฝ้าระวัง และกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมก็จะทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนาด้านต่างๆ ในช่วงอายุต่างกัน อย่างสร้างสรรค์และเต็มที่ตามศักยภาพของเด็ก¹ เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 2-5 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่ศูนย์เด็กเล็ก ร่วมกับผู้ปกครองที่ดูแลที่บ้าน สถานการณ์เด็กปฐมวัยของประเทศไทย ในปี 2565 มีจำนวน 3,418,389 คน³ แบ่งตามการดูแลและการจัดการศึกษาสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเด็ก 0-1 ปี จำนวน 989,048 คน หรือร้อยละ 29.94 ได้รับการดูแลจากครอบครัว และกลุ่มเด็กอายุ 2- 5 ปี จำนวน 2,429,341 คน คิดเป็นร้อยละ 71.06 เริ่มเข้าสู่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก จะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยส่วนมากอยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาที่มีชั้นอนุบาล อย่างไรก็ตามผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย เมื่อปี 2561-2564 พบว่าเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 83.6 89.4 90.2 และ 89.9 ตามลำดับ โดยมีเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขคือมากกว่าร้อยละ 90 และยังพบว่ามีเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 21.2 25.6 26.6 และ 27.8 ตามลำดับ เด็กพัฒนาการไม่สมวัย มีปัญหาด้านภาษาล่าช้าสูงที่สุด และ รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก⁴

จากปัญหาด้านพัฒนาการเด็กดังกล่าว ประเทศไทยประกาศพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 เพื่อให้ทุกหน่วยงานใช้ร่วมกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลพัฒนา และจัดการศึกษาสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษา (แรกเกิดถึง 5 ปี) เป็นการปรับกระบวนการทัศน์โดยมีการกำหนดมาตรฐานให้มีความสำคัญกับเด็กเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงการตอบสนองต่อสิทธิพื้นฐานที่เด็กทุกคนพึงได้รับ ซึ่งถือเป็นการวางรากฐานการพัฒนา มนุษย์โดยกำหนดให้ทุกหน่วยงานร่วมใช้เป็นหลักประเมินการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกันประสานงานและร่วม จัดทำ เพื่อมุ่งเป้าหมายเดียวกัน คือ การพัฒนาคุณภาพ โดย 4 กระทรวงหลัก ได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทสำคัญ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านพัฒนาการเด็กแบบบูรณาการ⁵ โดยเน้นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี และในกลุ่ม อายุ 2-5 ปี ที่ได้รับการดูแลที่ศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ในความดูแลของกระทรวงมหาดไทย มีบทบาทในการดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ส่งเสริมการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและ สนับสนุนส่งเสริมให้ศูนย์เด็กเล็ก จัดการศึกษาในระดับปฐมวัยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน จากหลักการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้เครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (Developmental Surveillance and Promotion Manual(DSPM))² ตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่มคือเด็กอายุ 9 18 30 42

60 เดือน โดยผู้ปกครองและครูผู้ดูแล ตรวจสอบคัดกรองเด็กตามช่วงอายุตามคู่มือ และมีระบบการนัดติดตามดูแลตามช่วงอายุ เมื่อพบพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าก็ส่งเสริมพัฒนาการโดยผู้ปกครอง และติดตามตรวจซ้ำภายใน 30 วัน ถ้าพบมีพัฒนาการล่าช้าส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินซ้ำ³

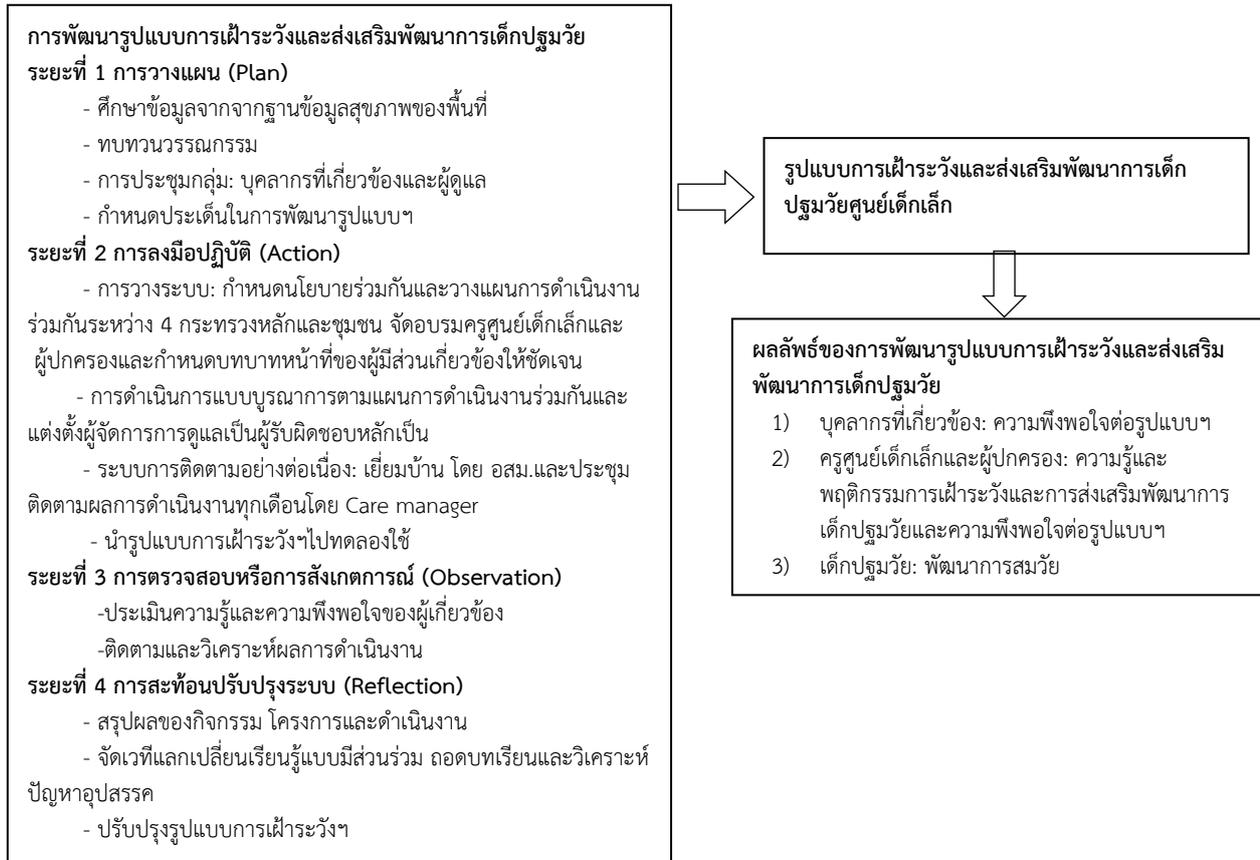
สถานการณ์ของอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี พบว่า เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี ในปี 2563-2565 มีจำนวน 6,414 คน เป็นเด็กอายุ 2-5 ปี จำนวน 4,417 คิดเป็นร้อยละ 68.86 อยู่ในความปกครองผู้ปกครองจำนวน 1,724 คน คิดเป็นร้อยละ 26.87 อยู่ในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 3,421 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 96.39 92.33 และ 96.46 ตามลำดับ พบความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้ามีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 32.48 33.17 และ 33.21 ตามลำดับ โดยพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษาล่าช้าสูงที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมาเป็นด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังพบเด็กที่พัฒนาการล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้นให้กลับมาปกติได้ในปี 2563-2565 ร้อยละ 4.74, 10.08 และ 4.84 ตามลำดับ⁶ หากเด็กมีพัฒนาการล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อเด็กทำให้ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ตามช่วงวัยและจะเป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไปในอนาคต⁷ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กในอำเภอหนองหาน อาจเกิดจากครอบครัวมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ยังไม่เพียงพอ ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน มีพ่อแม่ที่ต้องไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นฐานไปจึงมีความจำเป็นต้องให้ปู่ย่าตายายหรือญาติเป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูบุตรแทน นอกจากนี้รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานีการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักและยังไม่มีมีการประสานกันระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดูแลเด็กแบบองค์รวมเพื่อสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงมีความจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการให้เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการร่วมกัน รวมทั้งการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ผู้ปกครองและครูศูนย์เด็กเล็ก⁸ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยสำหรับการแก้ไขปัญหาบนหลักการของความสอดคล้องกับบริบททางด้านวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมทางสังคม⁹ เน้นให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง ครูศูนย์เด็กเล็ก มีทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนใช้เครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้สามารถส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคตไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

- 1) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี
- 2) ผลของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 - พฤษภาคม พ.ศ.2566 โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ประชากรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กซึ่งประกอบด้วยคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 คน ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 24 คน ประธานอสม. จำนวน 15 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเขตอำเภอหนองหาน จำนวน 2,303 คน

2) ครูศูนย์เด็กเล็กของอ.หนองหาน จาก 4 พื้นที่ จำนวนทั้งหมด 47 ศูนย์ จำนวน 153 คน

3) ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก อ.หนองหาน จ.อุดรธานี จำนวน 47 ศูนย์ รวมจำนวนทั้งหมด 1,646 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่ เป็นเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วยคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 8 คน ประธานอสม.และอสม.ที่รับผิดชอบในด้านแม่และเด็ก จำนวน 9 คน รวมจำนวนทั้งหมด 24 คน

2) ครูศูนย์เด็กเล็ก เป็นครูทั้งหมดในศูนย์เด็กเล็กที่สุ่มเลือกอย่างง่ายในพื้นที่ละ 1 ศูนย์ฯ รวมจำนวน 4 ศูนย์ฯ โดยมีครุรวมจำนวน 12 คน

3) ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่มารับบริการในศูนย์เด็กเล็ก 4 ศูนย์ที่ถูกสุ่มเลือกจาก 4 พื้นที่ การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่คืน จำนวนผู้ปกครองที่ใช้ในการศึกษาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วย G*Power¹⁰ โดยแทนค่า Effect size เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นขนาดกลาง กำหนดค่า power ที่ 80% และ ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง = 52 คน และเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่าง 20% เป็น 63 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 63 คู่

สถานที่ศึกษา ศูนย์เด็กเล็กอำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 ศูนย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด Action Research Spiral⁹

1.2 หนังสือคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกระทรวงสาธารณสุข (DSPM)³ และชุดตรวจพัฒนาการตามกลุ่มอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกเก็บรวบรวมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เก็บรวบรวมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยของอำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี จากเอกสาร รายงานผลการดำเนินงานประจำปีทุกตัวชี้วัด และรายงานผลการนิเทศงาน

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ มีจำนวนทั้งหมด 5 เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาของปาณิศรา ยานิพันธ์¹¹ เพื่อใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครอง มีข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ ข้อคำถามที่คิดว่าถูกต้อง ซึ่งการให้คะแนนคำตอบที่ตอบถูกต้องจะได้ 1 คะแนน ตอบผิด จะได้ 0 คะแนน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเคลื่อนไหว 2) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ข้อ 3) ด้านการเข้าใจภาษา (4) ด้านการใช้ภาษา และ 5) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม รวมจำนวนทั้งหมด 34 ข้อและแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับความรู้สูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป-ระดับความปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60.0-79.9 และระดับความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 ลงมา

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาของปาณิศรา ยานิพันธ์¹¹ เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มผู้ปกครอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับโดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล จากระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง ระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

4) แบบประเมินความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้า ระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการ มี ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วน

ประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อโดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลจากระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง ระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองหรือผู้แทนต่อการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลจากระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง ระดับมากที่สุด (5 คะแนน)

4.2.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกเล่าประสบการณ์ ทศนคติ ความต้องการ การออกแบบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทุกชุดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล เด็ก 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์อนามัยที่ 8 1 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็ก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistence: IOC) ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.6-1.00 มาใช้เป็นข้อคำถามและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เท่ากับ 0.71 2) แบบประเมินความคิดเห็นในการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการ เท่ากับ 0.70 และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การทดสอบ Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.88

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) เป็นการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาข้อมูลจากจากฐานข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง การดำเนินงานในชุมชน การดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็ก การทบทวนวรรณกรรมรวมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

1.2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อทบทวนข้อมูลของพื้นที่ ทบทวนกระบวนการ วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ตามแนวทางการดำเนินงานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดโดยมีการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) แต่ละกลุ่ม ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย บทบาทหน้าที่และความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และความพึงพอใจของผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และครูศูนย์เด็กเล็ก ตัวแทนมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และตัวแทน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.3 สรุปปัญหา แล้วนำประเด็นปัญหามาวางแผนในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการศึกษาพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ประกอบด้วย 2.1 นำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ จากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ

2.2 พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีดังนี้

(1) ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

(2) อบรมเพิ่มศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

(3) จัดประชุมกลุ่มย่อย เพื่อกำหนดประเด็นแนวทางแก้ไขปัญหาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ต้องการ บทบาทหน้าที่แต่ละกลุ่ม แหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และครูศูนย์เด็กเล็ก ตัวแทนมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อจัดทำร่างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

(5) นำไปทดลองใช้และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ระยะที่ 3 การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Observation) โดยการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาใช้ในพื้นที่ และติดตามและกำกับผลการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาใช้ในพื้นที่ โดยประเมิน 1) ความพึงพอใจต่อรูปแบบเฝ้าระวังฯของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2) ความรู้และพฤติกรรม การเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและความพึงพอใจต่อรูปแบบเฝ้าระวังฯของครูศูนย์เด็กและผู้ปกครองและ 3) พัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย

ระยะที่ 4 การสะท้อนปรับปรุงระบบ (reflection) จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ปัญหาเพื่อประเมินและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ และปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังฯในการนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 6466 ลงวันที่ 15 มีนาคม พ. ศ. 2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

ระยะที่ 1 การวางแผน (Plan) จากการศึกษาบริบทและสถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อ.หนองหาน จ.อุดรธานี พบว่า เด็กปฐมวัยในช่วงอายุ 0-5 ปี ในปี 2563-2565 มีจำนวน 6,414 คน อยู่ในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 3,421 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 96.39, 92.33 และ 96.46 ตามลำดับ พบความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้ามีแนวโน้มสูงขึ้น ร้อยละ 32.48, 33.17 และ 33.21 ตามลำดับ โดยพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษาล่าช้าสูงที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมาเป็นการเคลื่อนไหวร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังพบเด็กที่พัฒนาการล่าช้าที่ไม่สามารถกระตุ้นให้กลับมาปกติได้ในปี 2563-2565 ร้อยละ 4.74, 10.08 และ 4.84 ตามลำดับ⁶ รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังไม่มี

ชัดเจนและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดความต่อเนื่อง การดำเนินการส่วนใหญ่เป็นบทบาทของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักและยังไม่มีประสานกันระหว่างภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดูแลเด็กแบบองค์รวม นอกจากนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังขาดความตระหนักและไม่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัย และผู้ดูแลเด็กทั้งครูศูนย์เด็กและผูปกครองมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM ยังไม่เพียงพอ

ผลการสนทนากลุ่มย่อย ในกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องเห็นว่ามีความต้องการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กปฐมวัยเพราะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กและให้คำแนะนำผู้ปกครอง เช่น “เด็กควรได้รับการกระตุ้นบ่อยๆเพราะบางครั้งครูบางท่านไม่ค่อยเข้าใจเรื่องพัฒนาการเด็กเท่าที่ควร” และ ในครูศูนย์เด็กเล็กก็มีความต้องการในการพัฒนาความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กรวมทั้งการติดตามให้คำแนะนำเป็นระยะ เช่น “ควรมีการติดตามลงพื้นที่ให้คำแนะนำกับครูบ่อยๆค่ะ” ส่วนผู้ปกครองก็มีความต้องการในด้านความรู้และการส่งเสริมพัฒนาการให้ดีขึ้นเช่นกัน เช่น ผู้ปกครองเด็กเสนอว่า “อยากให้คุณหมอบางคนช่วยข้อมูลเพื่อทำให้เราทราบพัฒนาการของลูกหลาน เราจะได้ช่วยติดตามได้”

ระยะที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนระบบ โดย 1) ประชุมชี้แจงนโยบายด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทำให้สามารถกำหนดนโยบายการดำเนินงานนโยบายเด็กปฐมวัยเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล รวมทั้งกำหนดนโยบายการทำงานร่วมกันของ 4 กระทรวงหลักและแนวทางการดำเนินงานร่วมกันของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายโดยบรรจุในแผนของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) จัดอบรมเพิ่มศักยภาพครูศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) สาธิตการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก และแนะนำการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแก่ครู และผู้ปกครอง และ 4) คืบข้อมูลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการแบบบูรณาการโดยชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครูศูนย์เด็กเล็ก และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย มีระบบการบันทึกข้อมูล ติดตามข้อมูลอย่างเป็นระบบร่วมกันและแต่งตั้ง Care manager โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลหนองหานเป็นผู้รับผิดชอบหลักและเป็นผู้ประสานงานหลักของทุกฝ่ายและผู้กำกับติดตามการดำเนินงานของทุกภาคส่วน ตามแผนการดำเนินงานร่วมกันและโดยเน้นให้เด็กปฐมวัยได้รับการดูแลจากผู้ปกครอง ครูศูนย์เด็กเล็ก มีทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนใช้เครือข่ายในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้สามารถส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

ขั้นตอนที่ 3 ระบบการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองโดยการเยี่ยมบ้านติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) Care manager ติดตามเด็กปฐมวัยและครูศูนย์เด็กเล็กโดยการเยี่ยมบ้านติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ศูนย์เด็กเล็ก และ 3) ผู้รับผิดชอบงานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดประชุมติดตามผลการดำเนินการประชุมประจำเดือน รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลและคืนข้อมูลทางกลุ่มไลน์ เพื่อความรวดเร็วทันเวลา

ผลการนำรูปแบบการเฝ้าระวังฯที่ได้รับการพัฒนาไปทดลองใช้ พบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ยังพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคและควรมีแนวทางในการปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังฯ ดังนี้

1. การพัฒนาความรู้ด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังพบว่าในกลุ่มผู้ปกครองเด็กปฐมวัยบางท่านเป็นผู้สูงอายุ การสื่อสารเชิงวิชาการและการรับรู้ซ้ำทำให้ไม่สามารถเข้าใจพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็กได้ ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กไม่ครอบคลุมทุกด้าน แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามช่วงวัยอย่างต่อเนื่องและมีไลน์กลุ่มเพื่อขอคำปรึกษาเมื่อพบปัญหา

2. ควรจัดงบประมาณในการพัฒนาระบบการดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ อุปกรณ์ของเล่นที่เพียงพอ จัดอบรมให้ความรู้เป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

ระยะที่ 3 การตรวจสอบหรือการสังเกตการณ์ (Observation) หลังการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ปรับปรุงแล้วนำไปใช้ มีการติดตามและกำกับเพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมาใช้ในพื้นที่ และ **ระยะที่ 4 การสะท้อนปรับปรุงระบบ (reflection)** จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ปัญหาเพื่อประเมินและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากรูปแบบว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปใช้ต่อไปใช้และประชุมผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต. Care manager อสม. ตัวแทนครูศูนย์เด็ก และตัวแทนผู้ปกครอง เพื่อเป็นข้อมูลประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบฯ เพื่อปรับการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่สามารถเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอหนองหาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อำเภอหนองหาน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบฯ

องค์ประกอบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.วางแผนระบบและกำหนดนโยบาย	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดบริการแบบเชิงรับในคลินิกบริการ ยังไม่มีการประสานกันระหว่างภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการร่วมกันดูแลเด็กแบบองค์รวม 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดนโยบายให้ชัดเจน คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอ - การนำนโยบายเด็กปฐมวัยเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล - บรรจุในแผนของกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น
2.การดำเนินการแบบบูรณาการ	<ul style="list-style-type: none"> - บทบาทของการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นของบุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นหลัก - จัดโครงการพัฒนาศักยภาพประจำปีเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการตรวจคัดกรอง DSPM ให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานหลัก - ระบบการบันทึกข้อมูลติดตามอยู่ที่บุคลากรด้านสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งผู้รับผิดชอบเป็น Care manager ในการประสานงาน ดำเนินงานและติดตามในระดับตำบล - กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายให้ชัดเจน พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ที่เกี่ยวข้อง - มีระบบการบันทึกข้อมูล ติดตามข้อมูลอย่างเป็นระบบ - มีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานร่วมกันทุกเดือน - จัดโครงการพัฒนาศักยภาพประจำปีเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการตรวจคัดกรอง DSPM ให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน - อบรมเพิ่มศักยภาพครูเด็กเล็กและผู้ปกครองในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย - การคืนข้อมูลให้กับชุมชนในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

องค์ประกอบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
3.ระบบการติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามเด็กที่มีปัญหา พัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือ พัฒนาการล่าช้าเป็นการนัด ตามระบบให้มารับบริการที่ หน่วยบริการสุขภาพ - มีการเยี่ยมติดตามเด็กที่ศูนย์ เด็กเล็กโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขไม่สม่ำเสมอและไม่ มีการประสานงานระหว่างครู และอสม.ในการเยี่ยมบ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามข้อมูลอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูล HDC ประมวลผลและคืนข้อมูลทุกเดือนกับผู้เกี่ยวข้อง - การเยี่ยมบ้านติดตามเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน - มีการส่งต่อข้อมูลและคืนข้อมูลทางกลุ่มไลน์ของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อความรวดเร็วทันเวลา - วางแผนในติดตามเยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่ายปีละ 1 ครั้ง

2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี

3.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 52 โดยมีอายุเฉลี่ย 35 ปี อายุสูงสุด 65 ปี และอายุน้อยที่สุด 25 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรี ร้อยละ 64 เป็นตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 48 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงาน ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 40

กลุ่มครูศูนย์เด็กเล็ก ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ เป็น เพศหญิง (ร้อยละ100) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 92.30) โดยมีอายุเฉลี่ย 38 ปี อายุสูงสุด 55 ปี และอายุน้อยที่สุด 28 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ปริญญาตรีขึ้นไป(ร้อยละ 84.7) รายได้ระหว่าง 10,000-30,000บาท เป็นตำแหน่งครู ร้อยละ 61.5 มีประสบการณ์การทำงาน 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 92.30 เคยอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 50

กลุ่มผู้ปกครองเด็ก ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 96.80) มีอายุอยู่ระหว่าง 41- 60 ปี (ร้อยละ 54) โดยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี อายุสูงสุด 63 ปี และอายุน้อยที่สุด 20 ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 52.4) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 71.4 รายได้ระหว่าง 10,000-30,000 บาท เป็นบิดามารดา ปู่ย่าตายายเป็นผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 52.4

หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าจำนวนครูศูนย์เด็กเล็กมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 91.66 เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ปกครองหลังการพัฒนารูปแบบมีความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 17.50 เป็นร้อยละ 77.77 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มครูศูนย์เด็กเล็กและกลุ่มผู้ปกครอง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ

ระดับความรู้ในการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มครูศูนย์เด็กเล็ก (n=12 คน)				
- ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	9	75	11	91.66
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99)	3	25	1	8.34
- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	0	0	0	0
กลุ่มผู้ปกครอง (n=63 คน)				
- ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	11	17.50	49	77.77
- ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79.99)	41	65.00	14	22.23
- ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	11	17.50	0	0

ส่วนในด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พบว่าทั้งกลุ่มครูศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครองมีระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมหลังการพัฒนาแบบฯจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุด ($M = 4.77(SD 0.25)$, $M = 4.66 (SD 0.53)$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมเกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการพัฒนาแบบฯ ของกลุ่มครูศูนย์เด็กเล็กและกลุ่มผู้ปกครอง

พฤติกรรมในการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	M(SD)	ระดับ	M(SD)	ระดับ
กลุ่มครูศูนย์เด็กเล็ก (n=12 คน)	4.49(0.80)	มาก	4.77(0.25)	มากที่สุด
กลุ่มผู้ปกครอง (n=63)	4.23(0.28)	มาก	4.66(0.53)	มากที่สุด

ผลการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มบุคลากรที่รูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็กพบว่ามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ($M = 4.69, SD = 0.41$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ ยกเว้นความพึงพอใจต่องบประมาณที่สนับสนุน ระบบเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการคัดกรอง ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการหรือส่งต่อกรณีมีพัฒนาการล่าช้า อยู่ในระดับมาก ($M = 4.46, SD = 0.73$; $M = 4.50, SD = 0.78$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้การดำเนินงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กศูนย์เด็กเล็กที่พัฒนาขึ้นพบว่า สามารถคัดกรองพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 54 และเด็กทุกรายได้รับการติดตามและส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 100 ผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการแยกรายด้านพบว่า สามารถคัดกรองเด็กได้ครอบคลุมร้อยละ 100 และพบเด็กพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น จากเดิม 7 ราย เป็น 9 ราย โดยส่วนใหญ่มีพัฒนาการล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา และด้านการใช้ภาษา อย่างไรก็ตามเด็กทุกรายได้รับการส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรม TEDA4I ได้ทุกราย (ร้อยละ100) หลังการกระตุ้นเด็กพบว่าพัฒนาการสมวัยทุกราย (ร้อยละ100)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) ด้านนโยบาย การนำนโยบายสู่การปฏิบัติไม่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน การดำเนินงานไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ มีการดำเนินงานเฉพาะในหน่วยบริการสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว 2) การบูรณาการการทำงานร่วมกัน ซึ่งขาดการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานเฉพาะในหน่วยบริการสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ระบบการเฝ้าระวังเชิงรับมากกว่าเชิงรุก บทบาทผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน ความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กไม่เพียงพอ งบประมาณไม่เพียงพอ 3) การติดตามขาดความต่อเนื่อง ทำให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการในช่วงเวลาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของปาณิศรา ยานีพันธ์ (2564)¹¹ ที่พบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังขาดการกำหนดรูปแบบ หรือแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ขาดความต่อเนื่อง ขาดการติดตาม ควบคุม กำกับอย่างเป็นระบบ และยังขาดการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด และการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการเชื่อมโยงจากสถานบริการถึงชุมชนโดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน และการกำหนดนโยบายและบทบาทหน้าที่การทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐทั้ง 4 กระทรวงหลักและชุมชนในการดำเนินงานร่วมกัน โดยเห็นได้ชัดคิดเห็นจากการประชุมเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบเฝ้าระวังฯ ที่พัฒนาขึ้นสะท้อนผลการดำเนินงานว่า “ต้องร่วมมือกันทุกเครือข่ายจะได้พัฒนาไปพร้อมกัน” นอกจากนี้การเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จำเป็นต้องให้ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็กและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการดีขึ้น และหลังการพัฒนาในรูปแบบเฝ้าระวังฯ สามารถคัดกรองพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในศูนย์เด็กเล็ก เพิ่มขึ้นและได้รับการกระตุ้นให้มีพัฒนาการสมวัยถึงร้อยละ 90 ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการด้วยโปรแกรมTIDA4! ร้อยละ100 ซึ่งเป็นผลจากการสร้างความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การระดมความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยเฉพาะครูศูนย์เด็กและผู้ปกครองมีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับสูง และมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี และส่งผลให้สามารถร่วมกันส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้สมวัยเพิ่มมากขึ้น^{12,13} และปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้นสามารถบูรณาการงานในทุกภาคส่วนได้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่คือ การมีผู้รับผิดชอบหลักคือ Care manager ซึ่งมีบทบาทในการบริหารจัดการและประสานงานในระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับอำเภอเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดรูปแบบการดูแลเด็กที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของอำเภอหนองหาน

ผลการวิจัยยังพบว่าระดับความคิดเห็นของทีมบุคลากรต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเป็นไปได้ และด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก จะเห็นว่าทีมสหวิชาชีพให้ความสำคัญกับรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก เนื่องจากสามารถนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยได้ครอบคลุมมากขึ้น ระดับความพึงพอใจของ

ผู้ปกครอง อาสาสมัครสาธารณสุขต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการพัฒนา ผู้ปกครองไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มผู้ปกครองที่เป็นบิดามารดา หรือปู่ ย่า ตา ยาย ให้มีทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการและมีส่วนร่วมส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำได้ที่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องมีการกำกับติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย^{11,14}

รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์เด็กเล็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นเป็นรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องที่มีแนวทางการดูแลจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยมี ทีมสหวิชาชีพ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จิตอาสา รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัวเด็ก และมี ผู้จัดการดูแลสุขภาพเด็กในระดับอำเภอทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับบริบท ของพื้นที่ ซึ่งการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จำเป็นต้องให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนเครือข่ายในชุมชน ให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริม พัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)¹⁵ เพื่อค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ในชุมชน ศูนย์เด็กเล็กได้รับการกระตุ้นให้มีพัฒนาการที่สมวัย รวมทั้งมีระบบการส่งต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้เด็กได้รับการดูแลช่วยเหลือตามช่วงอายุและช่วงเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้เด็กปฐมวัยเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ มีคุณภาพ ลดภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การมีผู้จัดการดูแลสุขภาพเด็กระดับอำเภอ ในการบริหารจัดการและประสานงานในระบบการส่งเสริม พัฒนาการเด็กในระดับอำเภอเพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม

2. ควรจัดการอบรมทบทวนฝึกทักษะแก่ครูศูนย์เด็กเล็ก ผู้ปกครองและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นระยะและสม่ำเสมอ รวมทั้งการจัดระบบสนับสนุนเพื่อสร้างความตระหนักและความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กให้สามารถคัดกรองและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ตามช่วงวัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการศึกษารูปแบบการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในชุมชน หรือในศูนย์เด็กเล็กเพื่อให้เด็กได้รับการกระตุ้นให้มีพัฒนาการที่สมวัย รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1 สำนักส่งเสริมสุขภาพ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2565. [Internet]. 2565 {เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2565}. เข้าถึงได้จาก

<https://hp.anamai.moph.go.th/th/annualreport/download/?did=213815&id=106989&reload=>

2 กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2562.

3 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. สถิติประชากรทะเบียนราษฎร [Internet]. 2565.เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>

4 สถานพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ. รายงานความก้าวหน้าประเด็นตัวชี้วัดเด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการ สมวัย. [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก

<https://nich.anamai.moph.go.th/th/general-of-50/204371>.

5 พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562. [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/056/T_0005.PDF8

- 6 กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 5 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก
https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=4ea15a97238c68583f6d644e47506339
- 7 จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ปราณี ทาปิงการ, อรรถยาภรณ์ ทองมี, อัญรัตน์ อุทัยแสง. ภาวะการดูแลของมารดาเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565; 9(1):317-28
- 8 Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV, Rehmani K, Yousafzai AK. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine. 2021; 10;18(5):1-51. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>
- 9 Kemmis, S, McTaggart, R. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin, N. and Lincoln, Y., Eds., Strategies of Qualitative Inquiry, Thousand Oaks: Sage; 2007;271-330.
- 10 Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement. 1970; 30(3):607-10.
- 11 ปาณิศรา ยานิพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลโฆง อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยสารคาม; 2564.
- 12 ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยางอำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2559; 11:99-109.
- 13 วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, วิโรจน์ เขมรัมย์. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2561; 13(1):208-19.
- 14 มนัสมีน เจะโนะ, รอฮานี เจะอาแซ. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นพัฒนาการอย่างมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ต่อพัฒนาการของเด็กอายุ 2-5 ปี. วารสารวิทยบริการ. 2562; 30(2):80-8.
- 15 สราญจิต อินทร, ยศสยา อ่อนคำ, ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสารคาม. 2564; 5(10):143-60.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี

Received: 20 January 2024

Revised: 29 April 2024

Accepted: 30 April 2024

มนชยา สมจรีต วท.ม.¹มุกข์ดา ผดุงยาม กศ.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: นักเรียนหญิงมัธยมปลายที่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการควบคุมน้ำหนัก และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในจังหวัดเพชรบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงอายุ 15-18 ปี ชั้นมัธยมศึกษาที่ 4 – 6 จำนวน 140 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 114 ชุด วิเคราะห์สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: นักเรียนหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 57.8 , SD = 3.25) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ความรู้สึก วัตถุประสงค์ ค่าใช้จ่าย และการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารในการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรสาธารณสุข และสื่อต่างๆ สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้ร้อยละ 7.1

สรุปผล: ผลการวิจัยนำมาใช้สร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารบนความร่วมมือของนักเรียน ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อให้เกิดกิจกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยเริ่มตั้งแต่นโยบายการให้ความรู้ การป้องกันปัญหาจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ควบคุมการผลิตและบริโภคสื่อที่สร้างพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ให้นักเรียนให้จัดกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโภชนาการของตนเอง การสร้างแรงจูงใจครู ผู้ปกครอง และนักเรียนให้เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการสนับสนุนให้โรงเรียนหรือชุมชนมีการจัดตั้งให้มีการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมสุขภาพ และให้นักเรียนมีส่วนร่วม

คำสำคัญ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว นักเรียนหญิงมัธยมปลาย ปัจจัยทำนาย

¹ อาจารย์ม คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

* Corresponding author: E-mail: mukdaph@gmail.com

Factors Influencing Weight Control Behavioral Among Female High School Students in Petchburi Province

Received: 20 January 2024

Revised: 29 April 2024

Accepted: 30 April 2024

Monchaya Somjarit M.Sc.¹

Mukda Phadungyam, Ed.D.²

Abstract

Introduction: Female high school students who have inappropriate weight control behaviors can cause physical, emotional, and social problems.

Research objectives: To evaluate the association and predictive factors of weight control behavioral of female high school students.

Research methodology: This study was a descriptive study that included 140 female senior high school students in Phetchaburi Province. The 114 questionnaires were used to collect data after a random multi-stage sampling. The association was tested using Pearson's correlation coefficient and multiple stepwise regression.

Results: According to the findings of the study, the participant had a moderate weight control behavior (Mean 57.8, SD= 3.25). Reinforcing factors included receiving social support in terms of emotions, material things, expenses, and Receive advice and information on diet control. and exercise from family, friends, teachers, public health personnel, and various media can predict body weight control behavior by 7.1 percent.

Conclusion: The reinforcing factor of receiving social support can predict weight control behavior.

Implications: The research results can be used as basic information for health promotion that emphasizes cooperation among students, families, schools, and communities to promote campaign activities to control excessive weight in senior high school students in various forms. Starting with policy that promotes the provision of correct knowledge and the problems of overweight and obesity in children and adolescent. Media production control and media consumption that causes incorrect eating behavior in adolescent. Empowering students to design and organize nutrition assessment activities to promote, prevent, and solve their own nutritional health problems. Developing motivational skills for teachers, parents, and student groups to work together as social support to strengthen weight control behavior continuously and sustainably. Including the need for serious comprehensive monitoring and evaluation.

Keywords: weight control, behavioral, Female High School Students, Predictive factors

¹ Lecturer, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi

² Assistant Professor, Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi

* Corresponding author: E-mail: mukdaph@gmail.com

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็วจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความสับสน มีความกังวล ไม่มั่นใจ แต่ยังคงต้องการได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง สังคมและกลุ่มเพื่อน¹ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุด โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง จะมีความรักสวยรักงาม สนใจในรูปร่าง หน้าตา และสัดส่วนของตนเอง หากไม่สามารถรักษารูปร่างของตนเองได้อย่างดารา หรือนางแบบ ก็จะขาดความมั่นใจ กลัวการไม่ได้รับการยอมรับหรือล้อเลียนจากเพื่อน และเพศตรงข้าม ซึ่งอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ ในทางตรงกันข้าม หากมีความละเลยในเรื่องของการควบคุมน้ำหนัก การมีภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน ก็จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือก็คือ กลุ่มโรค NCDs²⁻³ มีการคาดประมาณสัดส่วนของเด็กไทยมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน จะเพิ่มจาก 27% ในปี 2563 เป็น 32% ในปี 2573 กรณีที่แย่ที่สุดอาจมีสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วน และโรคอ้วนเกินครึ่งหนึ่งของเด็กทั้งหมด 67.5% กล่าวคือหากไม่มีมาตรการเพื่อป้องกันปัญหาเด็กที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน จะมีจำนวนเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนเพิ่มจาก 3.3 ล้านคนเป็น 3.5 ล้านคนและกรณีที่แย่ที่สุดจะเพิ่มมากถึง 7.4 ล้านคน⁴ จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วนของเขตสุขภาพที่ 5 พบว่าเด็กวัยเรียนในจังหวัดสมุทรสาครมีภาวะโภชนาการเริ่มอ้วนและอ้วนสูงที่สุด (ร้อยละ 16.54) รองลงมาคือจังหวัดนครปฐม (ร้อยละ 15.75) จังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 15.03) และจังหวัดเพชรบุรี (ร้อยละ 13.56) ตามลำดับ และข้อมูลการสำรวจของโรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2554 - 2563 พบว่ามีภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วน (หมายถึง อ้วนและเริ่มอ้วน) ร้อยละ 16.61, 17.65, 18.10, 17.70, 19.53, 19.70, 19.65, 18.50, 18.20 และร้อยละ 20.37 ในปี 2563 พบว่ามีอัตราสูงที่สุดกว่าปีที่ผ่านมาตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงขึ้นสูงกว่าเกณฑ์ในระดับเขตและในระดับประเทศ คือเกินกว่าร้อยละ 10 ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด⁵ ซึ่งนับว่าเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าเป็นปัญหาในพื้นที่และควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน และรายงานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ของจังหวัดเพชรบุรี ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีนักเรียนจำนวน 12,441 คน มีเด็กท้วมคิดเป็นร้อยละ 5.74 เริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 14.11⁶ และยังพบรายงานผลการศึกษาว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนเมื่ออายุ 35 ปี⁴ ทั้งนี้สาเหตุที่สำคัญของโรคอ้วนในเด็ก มาจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง บริโภครูปแบบและชนิดที่มากเกินไป ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย และขาดวินัยในการใช้เวลาว่าง และขาดการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง และยังพบว่าอิทธิพลจากสื่อโฆษณาทำให้เด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงของโรคอ้วนส่งผลให้ปัญหาโรคอ้วนในเด็กเพิ่มมากขึ้น^{4,7,8} อีกทั้งจุดเด่นของจังหวัดเพชรบุรีข้อหนึ่งคือมีวัตถุดิบในการประกอบอาหารที่ขึ้นชื่อของเมืองเพชรบุรีและมีความโดดเด่นเฉพาะตัว ทั้งด้านอาหารคาวหวาน จนมีการกล่าวขานต่อกันในประโยคที่ว่า “จังหวัดเพชรบุรี เมือง 3 รส 3 วัง” คือ รสหวานจากน้ำตาลโตนด รสเค็มจากเกลือสมุทร รสเปรี้ยวจากมะนาวแป้น ซึ่งข้อมูลตามที่กล่าวข้างต้นหล่อหลอมให้เกิดเป็นวัฒนธรรมการรับประทานอาหารที่มีรสชาติจัดจ้านของคนในจังหวัดเพชรบุรีที่อาจส่งผลให้เด็กเกิดความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินได้ง่ายขึ้นหากไม่ป้องกัน

ภาวะสุขภาพที่สำคัญของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนนอกจากความเสี่ยงทางด้านร่างกายตามที่กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนมักถูกรังแก ถูกบูลลี่หรือถูกตีตรา (Weight Stigma) ซึ่งเป็นการทำร้ายจิตใจทำให้เกิดความเครียดและอับอาย ขาดความมั่นใจในการเรียน หรือทำกิจกรรมต่างๆกับเพื่อน และลดโอกาสในการเรียนรู้ของเด็กส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและวัยรุ่นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และพบว่า ร้อยละ 63 ของเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะโรคอ้วนมีโอกาสถูกรังแกมากกว่าเด็กทั่วไป⁴ จะเห็นได้ว่าหากเด็กและวัยรุ่นมีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมายทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม

และเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา เพราะเมื่อเด็กอ้วนป่วยมีโรคแทรกซ้อนครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้รัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังหรือปัญหาด้านสุขภาพจิต อันเกิดขึ้นจากโรคอ้วน เกิดเป็นปัญหาสาธารณสุข และเศรษฐกิจต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและจากการสังเกตวิถีชีวิตของประชากรในจังหวัดเพชรบุรี คณะผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลซึ่งมีบทบาทหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกช่วงวัย จึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framwork ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter ที่มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากสภาพปัจจัย ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญๆที่ผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ^{9,10} เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นต่อไป

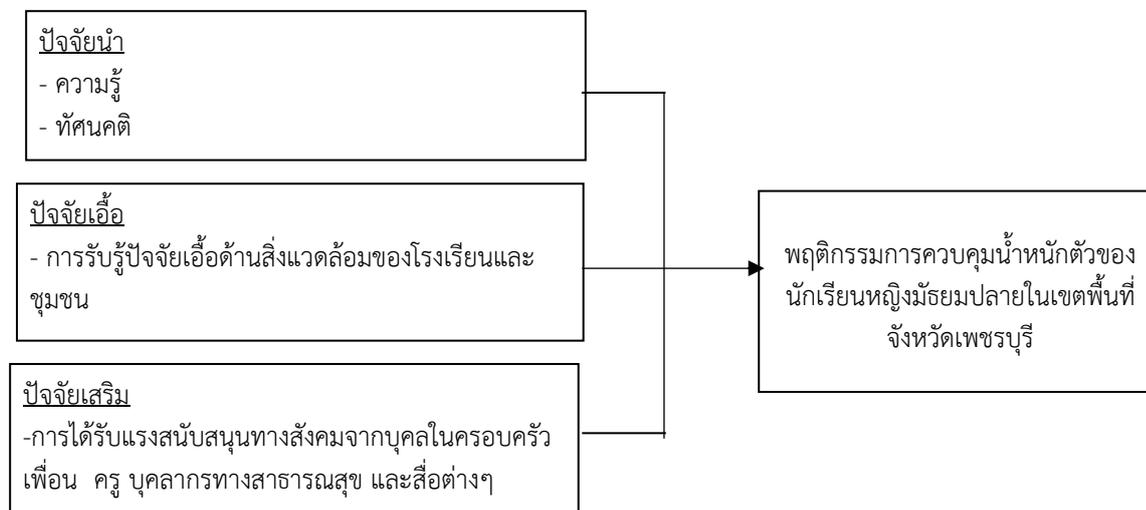
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบ Cross - sectional survey research เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ วัยรุ่นหญิง ที่มีอายุ 15-18 ปี กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 จำนวน 15,647 คน ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างจากตาราง Effect Size ของ Burn, N., & Grove, S.Kmu. ที่ effect size 0.3 ขนาดกลาง อิทธิพลขนาดกลาง¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 111 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม และเพิ่มอำนาจทดสอบทางสถิติ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น วัยรุ่นหญิง ที่มีอายุ 15-18 ปี จำนวน 140 คน ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดเพชรบุรี โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และเป็นนักเรียนที่ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ มนชยา สมจิตร และคณะ² และทำการตรวจคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและเติมข้อความ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว ทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง หรือไม่เคยปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว โภชนาการ การเคลื่อนไหวออกแรงหรือการออกกำลังกาย ผลดี ผลเสียในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆในการควบคุมน้ำหนักตัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบถูก และผิด จำนวน 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือถ้าตอบถูกจะให้คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าตอบผิดให้คะแนนเท่ากับ 0 การแปลผล คะแนนรวมยิ่งมากหมายถึง

มีความรู้มาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนและชุมชนที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบใช่ ไม่แน่ใจ หรือไม่ใช่ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อการควบคุมน้ำหนักตัว ที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าให้เลือกตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง และสื่อต่างๆที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวในด้านการได้รับคำแนะนำ กำลังใจ อุปกรณ์ออกกำลังกาย ค่าใช้จ่ายในการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกาย และค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมหรืออุปสรรคส่วนลดในการเข้ารับสถานบริการลดน้ำหนักหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่าไม่ได้รับ หรือได้รับจากแหล่งใด จากอินเทอร์เน็ต นิตยสารหรือสื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ บุคคลในครอบครัว เพื่อน ครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกณฑ์การให้คะแนนคือ ได้รับให้ 1 คะแนน ไม่ได้รับให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนนยิ่งสูง ยิ่งมีการสนับสนุนทางสังคมมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธี IOC และนำมาปรับปรุงแก้ไข

2. วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับวัยรุ่นหญิงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยวิธี ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) แบบสอบถามด้านความรู้ วิเคราะห์ ด้วยวิธีของ Kuder-Richardson 20⁽¹¹⁾ มีค่าความเชื่อมั่นดังนี้

แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.75

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

แบบสอบถามทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักตัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72

แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนและชุมชนมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.69

แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากสถานศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่งเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างและอาจารย์ผู้เกี่ยวข้อง และดำเนินการส่งแบบสอบถามให้อาจารย์ผู้ประสานงาน เพื่อเก็บข้อมูล นักเรียนหญิงมัธยมปลายนอกชั่วโมงเรียนตามความเหมาะสมของโรงเรียน โดยผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนจากอาจารย์ตามนัดหมาย

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี รหัสโครงการ PBRU11-2561 และผู้เข้าร่วมสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตามต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยมีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้มีเพียง 114 ชุด ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และ ทดสอบความสามารถในการทำนายระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)¹¹ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. อายุของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยอยู่ในช่วง 16 – 17 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.2 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 52.6 รองลงมาเป็นกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 24.5 มีระดับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 84.2

2. ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัว ทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวที่ 13.13 (SD = 2.2) ในส่วนของทัศนคติในการควบคุมน้ำหนักตัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 28.4 (SD = 2.8)

3. การรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน การมีสถานที่ออกกำลังกาย การมีร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการลดน้ำหนักเอกชน หรือร้านขายยา และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของนักเรียน ด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนอยู่ที่ 0.7 (SD = 0.51) ด้านการมีสถานที่ออกกำลังกาย/ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียนและชุมชนอยู่ที่ 1.3 (SD = 0.39) ด้านความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการลดน้ำหนักเอกชน/ร้านขายยาอยู่ที่ 1.5 (SD = 0.52) และด้านความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพอยู่ที่ 1.7 (SD = 0.59)

4.ด้านปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนหรือกลุ่มเพื่อน ครู บุคลากรทางสาธารณสุข การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมน้ำหนักจำแนกตามประเภท ด้านการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 90.4 ด้านความรู้สึก คิดเป็นร้อยละ 55.3 ด้านอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 21.1 ในส่วนด้านค่าใช้จ่ายจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการออกกำลังกายและควบคุมอาหาร ร้อยละ 5.3 และค่าใช้จ่ายสำหรับการเข้ารับบริการสถานบริการลดน้ำหนักเอกชน หรือการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดน้ำหนัก ร้อยละ 12.3

5.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรีพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในจังหวัดเพชรบุรีคือ ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ($r = 0.267$, $p\text{-value} < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	การควบคุมน้ำหนักตัว	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัว	.054	.566
ทัศนคติ	.061	.518
ปัจจัยเอื้อ		
การรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ		
โครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน	.171	.069
การมีสถานที่ออกกำลังกายและร้านอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน และชุมชน	-.031	.740
ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการลดน้ำหนัก เอกชนและร้านขายยา	.159	.090
ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ	-.057	.549
ปัจจัยเสริม		
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง และสื่อ ต่างๆ	.	
ในด้านการได้รับคำแนะนำ กำลังใจ อุปกรณ์ออกกำลังกาย	.267	<.01
ค่าใช้จ่ายในการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายและค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม		

6. ความสามารถของปัจจัยในการทำนายการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุขั้นตอนของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในจังหวัดเพชรบุรี โดยนำปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัว ทัศนคติ ในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน การมีสถานที่ออกกำลังกาย/ร้านอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน และชุมชนความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการลดน้ำหนักเอกชน/ร้านขายยาความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี คือปัจจัยปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถของปัจจัยในการทำนายการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย
ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	B	Std. Error	t	p-value
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	1.22	.417	2.135	<.01
Constant = 55.56, R = .267, R ² = .071, F = 8.61				

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย

นักเรียนหญิงมัธยมปลายมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 57.8 คะแนน (SD = 4.8) สอดคล้องกับการศึกษาของมนชยา สมจรีตและคณะซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของเด็กวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง นักเรียนหญิงมัธยมปลายมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือมีพฤติกรรมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย เช่นเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์เป็นประจำ (ร้อยละ 36.0) แต่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมคือ การดื่มน้ำหวาน หรือน้ำอัดลมเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 25.4) รองลงมาคือการใช้สูตรอาหารลดน้ำหนัก (ร้อยละ 4.4) ⁽²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ สุวรรณ และคณะ⁽⁸⁾ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลา พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งรายงานการศึกษาของสิรินทรยา พูลเกิด และคณะ⁽¹²⁾ ยังพบว่าการใช้สื่อเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเช่นการกินโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มมีผลต่อการกินของเด็ก เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนร้อยละ 57.4 และโรคอ้วนร้อยละ 55.5 ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ 31 นาทีถึง 3 ชั่วโมง ซึ่งนานกว่าเด็กน้ำหนักปกติร้อยละ 56.4 และน้ำหนักน้อย ร้อยละ 48.4 และพบว่าร้อยละ 31.2 ของเยาวชนใช้ช่วงเวลาดูทีวีกินขนมขบเคี้ยวมากที่สุด ซึ่งการดูโฆษณาซ้ำๆ 4 ครั้งต่อชั่วโมง กระตุ้นการกินของเด็ก โดย 1 ชั่วโมงหากพบเจอภาพซ้ำกัน 4 ครั้ง จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่นทำให้เด็กอยากซื้อสินค้า และต้องการบริโภคสินค้านั้นมากขึ้น

ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นหญิง ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ดังนั้นผลการศึกษายอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 เพียงบางส่วน ไม่สอดคล้องกับกับการศึกษาของมนชยา สมจรีตและคณะ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความรู้ ทศนคติเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ² แต่สอดคล้องกับผลการศึกษาบางส่วนของการศึกษากมลวรรณ สุวรรณ และคณะ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลาพบว่าทศนคติต่อการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยรุ่น ⁸ และผลการศึกษาของสิรินทร สิริพันธ์และคณะซึ่งศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมลดน้ำหนักที่เหมาะสมของวัยรุ่นพบว่าการทศนคติต่อการลดน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดน้ำหนักที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ¹³ อาจอธิบายได้ว่าการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวและทศนคติในการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับใกล้เคียงกันจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของความรู้ และทศนคติ กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนและชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี ดังนั้นผลการศึกษายอมรับสมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 เพียงบางส่วน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมนชยา สมจรีตและคณะซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย² อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในด้านโครงการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน การมีสถานที่ออกกำลังกาย การมีร้านอาหารเพื่อสุขภาพ ความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการลดน้ำหนัก เอกชน หรือร้านขายยา และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพใกล้เคียงกันจึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์การรับรู้ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นหญิง ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความรู้สึก วัตถุประสงค์ของ ค่าใช้จ่ายและด้านการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี ($r = .267, p\text{-value} < .01$) สอดคล้องกับผลการวิจัยของจินตนา วิชรสินธุ์ และคณะซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางกายในการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($r = .241, p\text{-value} < .01$)¹⁴ ผลการวิจัยของ สิริภัทร สติรนนท์และคณะซึ่งศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมของวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹³ และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลวรรณ สุวรรณ และคณะ ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลาพบว่า ปัจจัยเสริมด้านการรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กวัยรุ่น ($r = .315, p\text{-value} < .01$)⁸ และพบว่า ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี ที่สนับสนุนแนวคิดของ Green & Kreuter (1999)⁹ ที่ได้กล่าวไว้ว่าสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลจากการกระทำของตน ซึ่งอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับการลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่นญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือการแสดงพฤติกรรมนั้นๆก็ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.4 ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านคำแนะนำข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 55.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความรู้สึก ร้อยละ 21.1 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านวัตถุประสงค์ของ และร้อยละ 5.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านค่าใช้จ่ายเพื่อการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร จึงทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความรู้สึก วัตถุประสงค์ของ ค่าใช้จ่ายและด้านการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายกับการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสามารถในการร่วมกันทำนายการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรีได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตจังหวัดเพชรบุรี คือปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ร้อยละ 7.1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยบางส่วนของของ สิริภัทร สติรนนท์และคณะซึ่งศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมของวัยรุ่นผลการศึกษาพบว่าเอกลักษณ์แห่งตน ลักษณะมุ่งอนาคต ควบคุมตน ตัวแบบภาพลักษณ์ทางกาย การเปิดรับข่าวสาร ทศนคติต่อการลดน้ำหนัก และความพึงพอใจในภาพลักษณ์ทางกาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมได้ร้อยละ 33.9¹³ อภิปรายได้ว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการเป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคมรอบตัว ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลมากต่อการแสดงออกและการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย การใช้สื่อสังคมออนไลน์จะช่วยพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพให้กับวัยรุ่นได้ด้วยการใช้คุณสมบัติของสื่อและวิธีการสื่อสารโดยนำหลักพื้นฐานการสื่อสารสุขภาพและการดูแลสุขภาพมาพัฒนาในรูปแบบของสื่อเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่น¹⁵ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁹ บางส่วนที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม โดยปัจจัยเสริมจะสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติมีความสม่ำเสมอ และเกิดความยั่งยืน⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) โรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง และบุคลากรในโรงเรียน
- 2) ควรมีการสนับสนุนให้โรงเรียนหรือชุมชนมีการจัดตั้งให้มีการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมสุขภาพ และให้นักเรียนมีส่วนร่วม เช่น ออกแบบและจัดกิจกรรมการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเสียงตามสาย การสร้างอินโฟกราฟฟิกอออนไลน์ การออกแบบแอปพลิเคชันเพื่อการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น
- 3) บุคลากรด้านสุขภาพควรจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดดเด่นในด้านการให้ข้อมูลให้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริมสุขภาพ ผลดีผลเสียในเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวให้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง และบุคลากรในโรงเรียน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
- 4) พัฒนาทักษะการสร้างแรงจูงใจให้แก่ครู ผู้ปกครอง และกลุ่มนักเรียนให้ร่วมกันเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของช่วงวัยอื่นๆ
- 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อควบคุมน้ำหนักที่มากเกินไปในท่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

1. สกฤดา บุญนารถ. การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา: เทมการพิมพ์; 2555.
2. มนชยา สมจรรย์, ขวัญใจ อำนวยสัตย์เชื้อ, พัชราพร เกิดมงคล, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สิริประภา กลั่นกลิ่น .ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของนักเรียนหญิงมัธยมปลาย ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2556; 2:1-17.

3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต].2562 [เข้าถึงเมื่อ 22 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ก้าวต่อไปกับการจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. รายงานการรับการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2563.
6. รายงานสถิติข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานร้อยละของเด็กมัธยมศึกษาปีที่4-6 ปี 2567. [อินเทอร์เน็ต].2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก HDC - Dashboard (moph.go.th)
7. จามจุรี แซ่หลู่, นภาพรรณ วิริยะศิริกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคอ้วน ของเด็กวัยเรียนที่เริ่มอ้วนและอ้วนในโรงเรียน ที่สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา อำเภอมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศน์. 2563;7: 1-15.
8. กมลวรรณ สุวรรณ, สุขาดา เจดอเลาะ, ชนิกันต์ สมจारी, พัชรินทร์ คมขำ, ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในเด็กมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ในเขตอำเภอมืองจังหวัดยะลา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2564; 1:40-51.
9. Green, L.W. and Kreuter, M.W. Health Promotion Planing An Educational and Ecological Approach. 3rd ed. California:Mayfield Publishing Company; 1999.
10. ภัทรา ชูริค. การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และนวัตกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรีนไลฟ์ พรินติ้งเฮาส์; 2560.
11. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
12. สิริพันธ์ยา พูลเกิด และคณะ. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
13. สิริภัทร สติรนนท์. การศึกษาปัจจัยจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักที่เหมาะสมของวัยรุ่น [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2562.
14. จินตนา วัชรสินธุ์, กิจติยา รัตนมณี, ณัชนันท์ ชีวานนท์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (ระยะที่ 1) [โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ 2559]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
15. เยาวนารถ พันธุ์เพ็ง. การส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์. วารสารสหศาสตร์ศรีปทุมชลบุรี. 2564; 1:21-29.

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหล
ของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

Received: 17 January 2024

Revised: 28 April 2024

Accepted: 30 April 2024

วนิดา ทองแท้ พย.ม.¹เกศกัญญา ไชยวงศา พย.ม.^{2*}พุดธิดา จันทร์สว่าง พย.บ.³

บทคัดย่อ

บทนำ: มารดาหลังคลอดที่มีการหลั่งของน้ำนมได้ดี จะลดปัญหาการคัดตึงเต้านม และอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) ทีมสหวิชาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาหลังคลอด 2) มารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม 2) แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด แบ่งเป็นแนวปฏิบัติในระยะคลอดและระยะหลังคลอด ทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลืองหลังคลอดที่ต้องได้รับการส่องไฟรักษา ร้อยละ 8.3 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม คือ 9.93 ชั่วโมง (SD=12.17) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าคือ 48.79 ชั่วโมง (SD=15.34) ปริมาณน้ำนมก่อนใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับน้ำนมไม่ไหลร้อยละ 40.08 ภายหลังคลอดครบ 48 ชั่วโมง ปริมาณน้ำนมที่มีระดับน้ำนมไม่ไหลลดลงเหลือร้อยละ 0.40 และปริมาณน้ำนมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้ำนมเริ่มไหลร้อยละ 56.35 รองลงมาอยู่ในระดับน้ำนมไหลแล้วร้อยละ 24.21 แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมเร็วขึ้น ปฏิบัติตามได้ง่าย

สรุปผล: ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่สามารถทำได้ง่าย เกิดผลลัพธ์การหลั่งน้ำนมที่มีประสิทธิภาพ และอาการตัวเหลืองของทารกลดลง

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลผดุงครรภ์และสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันวางแผนในการเตรียมความพร้อมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: นมแม่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การไหลของน้ำนม มารดาหลังคลอด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

* Corresponding author: E-mail: kedkanya.gibb@bcnu.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จ.สกลนคร

Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Promote Milk Flow in Postpartum Mothers, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

Received: 17 January 2024

Revised: 28 April 2024

Accepted: 30 April 2024

Wanida Thongtae M.N.S.¹

Kedkanya Chaiwongsa M.N.S.^{2*}

Puttida Chansawang B.N.S.³

Abstract

Introduction: Postpartum mothers who have good milk flow can reduce the problem of breast engorgement and neonatal jaundice.

Research objectives: Develop clinical nursing guidelines to promote milk flow in postpartum mothers.

Research methodology: This study was an action research. The purposive sampling comprised: 1) a multidisciplinary team involved in postpartum maternal care and 2) postpartum mothers who received services at Sawangdaendin Crown Prince Hospital, Sakon Nakhon Province. Data were collected from July - December 2023. The research instrument consisted of 1) Clinical nursing guidelines to promote milk flow and 2) a Data collection form. The qualitative data were analyzed using content analysis, while the quantitative data were analyzed using statistics of frequency, percentage, and standard deviation.

Result: The results showed that clinical nursing practices promote milk flow in postpartum mothers, divided into labor and postpartum periods. 8.3% of newborns had neonatal jaundice that required phototherapy. The average beginning milk flow onset time was 9.93 hours (SD=12.17). The average time of onset of lactation was 48.79 hours (SD=15.34). The amount of milk before using the guidelines was at the level of no milk flow at 40.08%. 48 hours after delivery, the amount of milk with no level of milk flow decreased to 0.40%. Most of the milk volume was at the beginning milk flow level at 56.35%, followed by 24.21% at the milk flow level. Guidelines developed with the participation of the multidisciplinary team help promote faster milk flow and ease of use.

Conclusion: Clinical nursing guidelines to promote milk flow were obtained, which were easy to implement, had effective lactation results, and reduced neonatal jaundice.

Implications: midwifery nurses and multidisciplinary professionals should participate in effective plans to prepare mothers for breastfeeding during pregnancy, labor, and the postpartum period.

Keywords: breast milk, clinical nursing guidelines, milk flow, Postpartum mother

¹ Registered Nurse, Professional Level, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

* Corresponding author: E-mail: kedkanya.gibb@bcnu.ac.th

³ Registered Nurse, Professional Level, Sawangdaendin Crown Prince Hospital

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการให้อาหารที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับทารกแรกเกิด เนื่องจากน้ำนมแม่ประกอบไปด้วยสารอาหารครบถ้วน มีคุณค่าทางโภชนาการที่ช่วยในการเจริญเติบโตและช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกแรกเกิด โดยเฉพาะน้ำนมเหลือง (Colostrum) ซึ่งเปรียบเสมือนวัคซีนชนิดแรกให้กับทารก หากทารกได้รับนมแม่เพียงพอทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย สมอง และอวัยวะอื่นๆ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹ องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ จึงแนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างเดียวนาน 6 เดือน จากนั้นจึงให้อาหารตามวัยที่เหมาะสมร่วมกับให้นมแม่ต่อเนื่องจนถึง 2 ปี² กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายส่งเสริมให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นเดียวกัน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือนของประเทศไทยต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด ซึ่งกำหนดเกณฑ์ไว้ที่ร้อยละ 50 ในปีพ.ศ. 2568³ แต่ข้อมูลสถิติของประเทศไทยพบว่ามีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยว 6 เดือน ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก 3 เท่าและยังมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในประเทศกลุ่มอาเซียน⁴ ส่วนใหญ่เกิดจากปริมาณน้ำนมน้อยทำให้มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁵ นอกจากนี้การรับรู้ของมารดาที่คิดว่าไม่มีน้ำนมเพียงพอและในน้ำนมนั้นมีสารอาหารที่ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดี่ยวใน 6 เดือนแรก⁶ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของมารดา อาทิเช่น ปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยด้านทารก และปัจจัยด้านการหลังน้ำนม เช่น น้ำนมไหลช้า ระยะเวลาเริ่มดูนมครั้งแรกของทารกและความถี่ในการดูนม การให้นมผสม⁶ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของมารดา ได้แก่ เต้านมคัดตึง อักเสบ ท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁷ ปัญหาการหลังของน้ำนมมารดาหลังคลอดที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารกแรกเกิดเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาหลังคลอดและทารกแรกคลอด ผลกระทบต่อมารดา ด้านจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวลเนื่องจากกลัวทารกได้รับอันตรายจากการได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ ผลกระทบต่อทารกแรกเกิด ทำให้น้ำหนักตัวลดลง ตัวเหลือง Breast milk jaundice ในทารกแรกเกิด

การส่งเสริมการหลังของน้ำนมในระยะหลังคลอด มีแนวทางการดูแลเพื่อกระตุ้นให้น้ำนมไหลที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การส่งเสริมการดูนมของทารกตามหลัก 3 ดู คือ (1) ดูเร็ว (2) ดูบ่อย และ (3) ดูถูกวิธี⁸ และดูให้ถี่ถึงเต้า การดูแลพักผ่อนให้เพียงพอ ลดความวิตกกังวล ประเมินสภาพจิตใจของมารดาหลังคลอด⁹ นอกจากนี้ ยังมีการแพทย์ทางเลือกที่ช่วยส่งเสริมการเพิ่มปริมาณน้ำนม ได้แก่ การประคบความร้อนด้วยสมุนไพร และให้ดื่มหรือรับประทานสมุนไพรกระตุ้นน้ำนม¹⁰ การอบสมุนไพร และการทำหม้อเกลือ กิจกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การนวดเต้านม^{11,12} พยาบาลช่วยให้น้ำนมมารดาอุ้มลูกดูนมที่ถูกวิธี และประเมินภาวะเศร้า⁹ ถ้ายังมีปริมาณน้ำนมน้อย แพทย์อาจให้รับประทานยาแผนปัจจุบัน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ได้นำนโยบายบันได 10 ขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา ยังพบทารกแรกเกิดตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟรักษา ปีงบประมาณ 2564 และ 2565 ร้อยละ 20.39, 19.94 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม ได้แก่ การสอนการอุ้มลูกดูนม การให้สุขศึกษาโดยการเปิดวิดีโอร่วมกับพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติในระยะแรกรับภายใน 8 ชั่วโมง มีการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันและไม่ทำอย่างต่อเนื่อง ขาดการสื่อสารหรือส่งต่อกันระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งปัญหาน้ำนมไม่ไหลส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก ถ้ามารดามีการรับรู้ว่ามีน้ำนมเพียงพอและกังวลว่าลูกจะได้สารอาหารไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ตัดสินใจเลือกใช้นมผสมได้ ยิ่งจะทำให้ปริมาณน้ำนมแม่เหลือน้อยเนื่องจากทารกดูนมแม่น้อยลง มารดาหลังคลอดที่มีการหลังของน้ำนมได้ดี จะช่วยลดปัญหาการคัดตึงเต้านม และอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ดังนั้นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระยุพราชสว่างแดนดินขึ้น โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีกระบวนการจัดการที่มีเป้าหมาย มีประสิทธิภาพ ลดการทำงานแบบแยกส่วน ช่วยให้เกิดการประสานงานที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนางาน พัฒนาคน และพัฒนาองค์กรที่มีคุณภาพ ซึ่งผลจากการปฏิบัตินี้ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับการประทับใจ ประครอง กระตุ้น และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

2. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามวงจรปฏิบัติการวิจัยคือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติ¹³

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะของการวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย คือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 1 คือ ระยะเตรียมการ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ ช่องว่างของแนวปฏิบัติในปัจจุบันและวางแผนหาแนวทางแก้ไข กลุ่มเป้าหมาย คือ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในระยะที่ 2 และ 3 คือ ระยะปฏิบัติการในวงรอบการศึกษาที่ 1 และ 2 มี วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และนำไปใช้ทดลองปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจริงในมารดาหลังคลอด พร้อมทั้งติดตามและสรุปผล กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเป้าหมายที่ 1 คือ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ สูติแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลแผนกห้องคลอด จำนวน 2 คน พยาบาลแผนกหลังคลอด จำนวน 13 คน แพทย์แผนไทย จำนวน 2 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 2 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 22 คน

2. กลุ่มเป้าหมายที่ 2 คือ มารดาหลังคลอดที่มาคลอดและนอนพักรักษาตัวหลังคลอดในหอผู้ป่วยในสูติ-นรีเวช หอผู้ป่วยในพิเศษพวงชมพู หอผู้ป่วยพิเศษปรีดิตร โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 โดยกำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) มารดาหลังคลอดปกติหรือคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการที่รู้สึกตัวดี
- 2) มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดอยู่ร่วมกันและมารดาสามารถให้นมบุตรได้
- 3) สื่อสารภาษาไทยได้และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ
- 4) สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจนครบก่อนจำหน่าย

เกณฑ์การคัดออกในการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) มารดาหลังคลอดงดให้นมมารดาจากข้อห้ามทางการรักษา เช่น มารดาติดเชื้อเอชไอวี มารดาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่มีห้วนมแตกเป็นแผล
- 2) มารดาที่ได้รับยาที่มีผลต่อมารดาให้นมบุตร
- 3) มารดาที่ใช้สารเสพติด มารดาป่วยด้วยโรคจิตเวช
- 4) มารดาหลังคลอดที่ทารกแรกเกิดแยกไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกหรือหอผู้ป่วย

5) ทารกวิกฤติและไม่ได้ย้ายกลับมาอยู่กับมารดาในช่วงก่อนจำหน่ายมารดากลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ซึ่งได้จากการระดมความคิด วิเคราะห์ช่องว่างของแนวปฏิบัติในปัจจุบันและวางแผนดำเนินการร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ แบ่งเป็น 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในห้องคลอด 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในระยะหลังคลอดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แบ่งเป็น 2.1) ระยะแรกรับภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด และ 2.2) ระยะหลังคลอดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น

2.1 ชุดที่ 1 เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับมารดาหลังคลอดที่ได้รับการส่งเสริมการไหลของน้ำนมในระยะหลังคลอด ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อน/ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ วิธีการคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติงานของบุคลากรตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น เป็นคำถามเลือกตอบว่า ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ ประเมินการไหลของน้ำนม แบ่งเป็น 5 ระดับตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน ดังนี้ ระดับ 0 (0 คะแนน) = น้ำนมไม่ไหล, ระดับ 1 (1 คะแนน) = น้ำนมไหลซึมออกมาแต่ไม่เป็นหยด, ระดับ 2 (2 คะแนน) = น้ำนมเริ่มไหล 1-2 หยด, ระดับ 3 (3 คะแนน) = น้ำนมไหลแล้ว (มากกว่า 2 หยด แต่ไม่มีน้ำนมพุ่ง), ระดับ 4 (4 คะแนน) = น้ำนมไหลพุ่ง⁴

2.2 ชุดที่ 2 เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของทีมสหวิชาชีพ เป็นคะแนนประเมินมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด มีระดับคะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ โดยการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์¹⁴ ดังนี้ ระดับค่าเฉลี่ย 0 - 1.50 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อยที่สุด, ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีส่วนร่วมน้อย, ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีส่วนร่วมปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีส่วนร่วมมากและค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีส่วนร่วมมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมและแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่าน พิจารณาจากค่าดัชนี IOC ที่มีค่ามากกว่า 0.67 ขึ้นไป จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 มีขั้นตอนดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการเตรียมการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างของแนวปฏิบัติในปัจจุบันและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อขอข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติการในวงรอบการศึกษาที่ 1 ดำเนินการในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2566 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และนำไปใช้ทดลองปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลจริงในมารดาหลังคลอด การดำเนินงานประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนปฏิบัติ (Planning) การวางแผนวิเคราะห์ช่องว่างของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีอยู่ของหน่วยงาน วางแผนหาแนวทางแก้ไขและรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ดีขึ้น โดยใช้ SWOT Analysis เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ช่องว่างหรือจุดด้อยที่เป็นปัญหาในการดำเนินงาน และหาจุดแข็ง จุดเด่นที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ วิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการพัฒนาหรือต้องการเปลี่ยนแปลง โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลแผนกห้องคลอด พยาบาลแผนกหลังคลอด แพทย์แผนไทย นักโภชนาการ เภสัชกร และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ เพื่อระดมความคิดและร่วมรับรู้ปัญหาและช่วยกำหนดแนวทางปฏิบัติการร่วมกันและจัดทำเครื่องมือในการวิจัยเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติ (Acting) การประชุมทีมค้นหาแนวทางการส่งเสริมการไหลของน้ำนมจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์และตัดสินใจเลือกใช้ จัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม นำเสนอร่างแนวปฏิบัติต่อสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อรับข้อเสนอแนะและปรับปรุง และนำแผนปฏิบัติการลงสู่การลงมือปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลจริงโดยการมีส่วนร่วมตามบทบาทและศักยภาพของทีมสหวิชาชีพ และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอด เป็นการนำแนวปฏิบัติไปใช้เพื่อทดสอบ (I: Implement) ซึ่งในขั้นตอนนี้ เป็นการลงมือปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่วางแผนไว้ พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกที่กำหนดไว้ โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลครอบคลุมในด้านกระบวนการทำงาน ด้านผลการปฏิบัติตามแผนงาน ด้านบริบท สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องและด้านข้อจำกัดของการปฏิบัติที่ไม่สามารถดำเนินการตามแนวปฏิบัติที่วางแผนไว้ได้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) ประเมินและสรุปผลเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน ด้วยวิธีการประชุมถอดบทเรียนจากการปฏิบัติงาน เป็นการประเมินเสริมพลังเพื่อสะท้อนการปฏิบัติในเรื่องบรรยากาศสภาพการณ์ ข้อค้นพบที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติต่อไป

ระยะที่ 3 เป็นการดำเนินการในวงรอบการศึกษาที่ 2 ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 หลังจากได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิก ทดสอบลงมือปฏิบัติการ และทบทวนแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในวงรอบการศึกษาที่ 1 เสร็จสิ้นลง มีการสรุปข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น แล้วจึงนำมาวางแผนปรับปรุงใหม่ (Replanning) นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกที่

พัฒนาปรับปรุงขึ้นใหม่นั้น นำไปใช้กับมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม ซึ่งเป็นผู้รับบริการ กลุ่มเป้าหมาย เป็นการลงมือปฏิบัติการใหม่ (Re-acting) พร้อมทั้งการสังเกตการณ์ใหม่ (Observe) และการสะท้อน การปฏิบัติ (Reflecting) ถอดบทเรียนร่วมกันหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา วิเคราะห์ผลการใช้แนว ปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น รวมทั้งหาข้อสรุปองค์ความรู้ใหม่จากปฏิบัติจริงและสรุปผลการศึกษา (Conclusion) และ ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2023-032 รับรองวันที่ 22 มิถุนายน 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ความเสี่ยงที่อาจจะ เกิดขึ้น ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับ ค่าใช้จ่ายในการวิจัยแก่มารดาหลังคลอดก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจหากไม่ยินดียินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ ใดๆ โดยผู้วิจัยได้อธิบายแก่มารดาหลังคลอดจนเข้าใจ ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากการสังเกต การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และการสะท้อนข้อมูลในที่ประชุมแลกเปลี่ยน เรียนรู้และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

1.1 ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ทีมสหวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 68.18 รองลงมาคือแพทย์แผนไทยและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ร้อยละ 9.09, 9.09 และสูติแพทย์ นักโภชนาการ เกษีกร ร้อยละ 4.55, 4.55, 4.55ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 20-60 ปี (เฉลี่ย 34.5 ปี SD=9.47) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 45.45 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี ร้อยละ 72.73 รองลงมาปฏิบัติงานระยะเวลา 3 - 5 ปี ร้อยละ 18.18 ประเมินการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของทีมสหวิชาชีพในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด พบว่า การมีส่วนร่วมในการคิด วางแผน และตัดสินใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.65, SD=0.48) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.86, SD=0.27) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.77, SD=0.42) การพัฒนาแนวปฏิบัติของทีมสหวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยโดยรวมในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.78, SD=0.41)

1.2 มารดาหลังคลอดที่ได้รับการส่งเสริมการไหลของน้ำนมตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตั้งแต่ เดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2566 พบว่า มารดาหลังคลอด จำนวน 252 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 54.4 รองลงมาอายุมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.7 (Mean=27.85, SD= 6.11) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.0 รองลงมาระดับปริญญาตรีร้อยละ 26.2 ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้านร้อยละ 27.0 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป/กรรมกร ร้อยละ 22.2 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่ประมาณ 10,000-15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.3 รองลงมาได้ประมาณ 5,000 -10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 20.2 มีสถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 96.0 ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 61.1 อายุครรภ์เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 73.4 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 95.2 การคลอดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 63.1 และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 97.6 มีภาวะตกเลือด

หลังผ่าตัดคลอด 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.6 ในระยะรอคลอดมารดาหลังคลอดได้รับยา Oxytocin คิดเป็นร้อยละ 100

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์แนวปฏิบัติที่ได้ คือ

2.1 สารของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน แบ่งเป็น 2 ระยะคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในระยะคลอด และระยะหลังคลอด

2.1.1 ระยะคลอดในแผนกห้องคลอด แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย 1) หลัก 3 ด ได้แก่ การดูดเร็วภายใน ½-1 ชั่วโมงหลังคลอด 2) ให้มารดาและทารกได้มีการสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) และช่วยเหลืองให้ทารกดูดนมเร็วที่สุด 3) ให้มารดาและทารกนอนในเตียงเดียวกันในระยะพักฟื้น (ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด)

2.1.2 ระยะหลังคลอดในหอผู้ป่วยในสูติ-นรีเวช หอผู้ป่วยในพิเศษพวงชมพู หอผู้ป่วยพิเศษปริมาตร แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

2.1.2.1 ระยะแรกเริ่มภายใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด ได้แก่ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (รายบุคคล) ในระยะแรกเริ่มโดยการใช้ภาพพลิกที่ทางหน่วยงานพัฒนาขึ้น ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที 2) ประเมินเต้านมและความผิดปกติของหัวนมและปริมาณการไหลของน้ำนม 3) ประเมิน LATCH score ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า 8 คะแนนดำเนินการแก้ไขตามปัญหาที่พบ พร้อมทั้งสอนการอุ้มลูกดูดนมที่ถูกต้องวิธี 4) ประเมินภาวะจิตสังคมโดยใช้แบบประเมิน ST5 แรกเริ่มย้าย ถ้าพบว่าระดับความเครียดปานกลางถึงสูง หรือมีความวิตกกังวลจะดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นทันที โดยส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาตามอาการต่อไป เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ปริมาณน้ำนมไหลช้า

2.1.2.2 ระยะหลังคลอดจนกระทั่งกลับบ้าน ได้แก่

1) ติดตามสอนและสาธิตทำในการอุ้มลูกดูดนม และประเมินการปฏิบัติสาธิตย้อนกลับ จนกว่ามารดาหลังคลอดจะปฏิบัติได้ถูกต้องและคะแนน Latch Score ได้คะแนนเต็ม 10 คะแนน

2) การประคบและนวดเต้านมโดยใช้ความร้อนขึ้นจากผ้าอบจากหม้อหนึ่ง อย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง ใช้วิธีการนวดเต้านมโดยพยาบาลสอนสาธิต ทำนวดเต้านมที่ดัดแปลงขึ้นเอง ให้มารดาหลังคลอดได้ปฏิบัติตามอย่างน้อย 15-20 นาที วันละ 2 ครั้ง (ทำซ้อนกันเต้านม 3 ทิศทาง ทำละ 5 ครั้ง 2 รอบ และ ทำใช้ปลายนิ้ว 2-3 นิ้ว หมุนเป็นก้นหอยจากด้านนอกเต้านมเข้าหาลานนม 8 แนว ข้างละประมาณ 8-10 นาที ซึ่งตลอดระยะเวลาที่นวดยังให้มีผ้าหนึ่งอุ่นวางบนเต้านมอยู่ หากไม่อุ่นใช้ผืนใหม่หนึ่งสลับกันไป)

3) นวดประคบสมุนไพรจากแพทย์แผนไทย อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

4) เตรียมน้ำสมุนไพร ได้แก่ น้ำขิง เพื่อดื่มแทนน้ำปกติธรรมดา

5) มารดาหลังคลอดได้รับอาหารบำรุงน้ำนมเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมโดยทีมนักโภชนาการอย่างน้อย 1 มื้ออาหารใน 1 วัน เช่น ผักพริกทอง ผักบวบ ผักขิง ผักกระเพรา แกงเลียง (มีส่วนผสมของพริกทอง บวบ ใบแมงลัก) แกงหัวปลีกล้วย และอาหารอื่นๆ ได้แก่ ผักกูดข่าย ตำลึง มะละกอ มะรุ้ม พริกไทย เมล็ดขนุน พุทรา

6) รายงานแพทย์ ในกรณีที่ไม่มีน้ำนมไหลหลังคลอด 24 ชั่วโมง 7) กระตุ้นเต้านมให้มารดาหลังคลอด อุ้มลูกดูดนมทุก 2-3 ชั่วโมง 8) ช่วยเหลืองมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและดูดนมอย่างต่อเนื่องทุก 2-3 ชั่วโมง

2.2 กิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบย่อยของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ ประกอบด้วย

2.2.1 การมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพในกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ซึ่งสามารถแยกการมีส่วนร่วมในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ 1) มีส่วนร่วมในการวางแผนปฏิบัติ (Planning) มีทีมนิสิตวิชาชีพเข้าร่วมประชุมวางแผนวิเคราะห์ช่องว่างของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีอยู่ของหน่วยงาน รวมทั้งหมด 22 คน ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาด้านการค้นหาปัญหาและสาเหตุโดยใช้ SWOT Analysis เป็นเครื่องมือและการมีส่วนร่วมโดยเป็นการร่วมคิดร่วมวางแผนจากทีมนิสิตวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เพื่อแสดงความเห็นและให้ข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางแก้ไขปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน ซึ่งปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์ร่วมกัน คือ ไม่มีการนัดเต้านมที่เป็นรูปแบบชัดเจน การสอนให้ความรู้เป็นการสอนจากการเปิดวิดีโอและไม่ได้สอนในระยะแรกเริ่ม จึงทำให้มารดาหลังคลอดขาดข้อมูลการปฏิบัติตัวในระยะแรกเริ่ม เป็นต้น 2) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือและวางแผนดำเนินงานในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Acting) โดยร่วมกันวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลที่ต้องการพัฒนาหรือต้องการเปลี่ยนแปลง ร่วมในการจัดทำร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามที่ได้วางแผนร่วมกัน และมีการสังเกตการณ์ (Observe) และสะท้อนผลการทำงานเป็นระยะๆ (Reflecting) พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล รวบรวมความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และปัญหาต่างๆ ที่พบเพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป ซึ่งทีมนิสิตวิชาชีพมีส่วนร่วมอย่างมากในการพัฒนาและยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ เนื่องจากเป็นทั้งผู้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พร้อมกับสังเกตการณ์และประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลไปด้วย

2.2.1 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล (Evidence Base Practice: EBP)

ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีที่สุด จากฐานข้อมูลสารสนเทศที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือ ถูกต้อง แม่นยำและเป็นปัจจุบันให้มากที่สุด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง โดยตั้งเกณฑ์คำถามสืบค้นตามกรอบ PICO Framework แหล่งในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ Google scholar, PubMed โดยใช้คำสำคัญ คือ มารดาหลังคลอด, breast feeding, นมแม่, น้ำนมไหล, นวดเต้านม แล้วนำมาวิเคราะห์และแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ หลักฐานเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง, ระดับ 2 จำนวน 1 เรื่อง, ระดับ 3 จำนวน 14 เรื่อง, ระดับ 6 จำนวน 3 เรื่อง จำนวนทั้งหมด 19 เรื่อง แล้วจึงนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

3. ผลการนำไปใช้ในผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน พบว่า ทารกแรกเกิดมีอาการตัวเหลืองหลังคลอดที่ต้องได้รับการส่องไฟรักษาจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม คือ 9.93 ชั่วโมง (SD=12.17) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าคือ 48.79 ชั่วโมง (SD=15.34) ปริมาณน้ำนมก่อนใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับน้ำนมไม่ไหลร้อยละ 40.08 ภายหลังคลอดครบ 48 ชั่วโมง ปริมาณน้ำนมที่มีระดับน้ำนมไม่ไหลลดลงเหลือร้อยละ 0.40 และปริมาณน้ำนมส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้ำนมเริ่มไหล (2 คะแนน) ร้อยละ 56.35 รองลงมาอยู่ในระดับน้ำนมไหลแล้ว (3 คะแนน) ร้อยละ 24.21 แนวปฏิบัติที่พัฒนาโดยมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพ ช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมเร็วขึ้น ปฏิบัติตามได้ง่าย

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ที่ได้จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพ มีความ

เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ร่วมกันคิด วิเคราะห์และร่วมกันหาวิธีการปรับปรุงแก้ไขจากบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทุกคนมีแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการพัฒนาและมีแนวปฏิบัติที่ดีเกิดขึ้น ซึ่งแนวปฏิบัติทางคลินิกที่แตกต่างจากเดิม โดยเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลห้องคลอดได้กระตุ้นให้ลูกดูคนภายใน 30 นาทีหลังคลอดแบบเนื้อแนบเนื้อ^{9,15} การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกรับย้ายในหอผู้ป่วยหลังคลอดโดยใช้ภาพพลิกที่ปรับปรุงขึ้นเองเพื่อให้ง่ายต่อการสื่อสาร พยาบาลในหอผู้ป่วยหลังคลอดได้สอนสาธิตการนวดเต้านมโดยวิธีการนวดเต้านมซึ่งเป็นทำนวดเต้านมที่ร่วมกันดัดแปลงขึ้นเอง พร้อมทั้งช่วยกระตุ้นเตือนให้มารดาหลังคลอดอุ้มลูกดูคนทุก 2-3 ชั่วโมง และช่วยเหลือนมมารดาให้นมทารกอย่างถูกวิธีและดูคนอย่างต่อเนื่อง แพทย์สั่งยาสมุนไพร คือ ชิงแคบซูล ให้มารดาหลังคลอดทุกคน ถ้าพบว่าน้ำนมยังไม่ไหลหรือไหลน้อยหลังคลอด จะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแผนปัจจุบัน นักโภชนาการได้จัดอาหารในแต่ละมื้อให้มารดาหลังคลอดได้รับอาหารบำรุงน้ำนม แพทย์แผนไทยได้จัดเตรียมน้ำสมุนไพร ได้แก่ น้ำขิง เพื่อดื่มแทนน้ำปกติธรรมดา และการนวดประคบสมุนไพรอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง การนวดเต้านมนั้นจะร่วมกับการประคบด้วยความร้อนขึ้นจากการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำแล้วนี้ให้อุณหภูมิอ่อนพอดีที่ 41-45 องศาเซลเซียส¹⁶ จะช่วยกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนมและช่วยส่งเสริมการไหลเวียนของระบบเลือดและน้ำเหลืองภายในเต้านม ส่งผลให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ต่อมน้ำนมและกระตุ้นการสร้างน้ำนมและการระบายของน้ำนม¹⁷ ผลลัพธ์อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดลดลง และไม่พบปัญหาหัวนมแตกเป็นแผลในมารดาหลังคลอดจากการสอนอุ้มลูกดูคนถูกวิธี จุดเด่นของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ คือ การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอดอย่างเป็นระบบขั้นตอน เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการตื่นตัว ตระหนักในการดูแลเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด และมองว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องการพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับมารดาและทารกหลังคลอด จะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมวางแผน กิจกรรมการพยาบาล ร่วมลงมือปฏิบัติการ และสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นระยะๆ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงแก้ไข ทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนมีการกำหนดแนวปฏิบัติแต่ละช่วงแต่ละขั้นตอน และลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ห้องคลอด หลังคลอดและก่อนกลับบ้าน และการมีส่วนร่วมของการรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของในแนวปฏิบัตินี้และมีการพัฒนาสื่อที่ใช้ในการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดมีการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติทำให้ได้รับความร่วมมือ

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมหลังคลอดมีค่าเฉลี่ย 9.93 ชั่วโมง ซึ่งไหลเร็วกว่าการศึกษาของ ขนิษฐา ผลงามและรัชานาถ มั่นคง¹⁸ ทั้งนี้เกิดจากการดูแลด้วยวิธีการนวดเต้านมโดยใช้ผ้าขนหนูหนึ่งให้มารดาหลังคลอด ซึ่งมีความขึ้นร่วมกับการนวดเต้านมที่ถูกวิธี ช่วยกระตุ้นการหลังของน้ำนมได้เพิ่มขึ้นและลดปัญหาการคัดตึงเต้านม รวมทั้งมารดาได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ โดยการให้ดื่มน้ำขิง แนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยกระตุ้นการสร้างน้ำนม จะช่วยกระตุ้นการสร้างและการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ส่งผลทำให้มีการสร้างน้ำนมดีและไหลเร็วขึ้น สัมพันธ์กับการศึกษาของกนกวรรณ โคตรสังข์และคณะ¹⁹ แต่ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอดมีค่าเฉลี่ย 48.79 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากการคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งการผ่าตัดคลอดทำให้ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก รวมทั้งมีได้จำกัดการเคลื่อนไหวในระยะแรกรับ จึงอาจทำให้น้ำนมมาเต็มเต้าช้าได้ ดังนั้นควรช่วยเหลือนมมารดาหลังผ่าตัดคลอดอย่างใกล้ชิดเพื่อลดความเจ็บปวดและความวิตกกังวลจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการวิจัย

หลังการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ในการระดมความคิดและตั้งใจในการแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมได้อย่าง

เหมาะสม และมีการประสานงานและความร่วมมือของบุคลากรระหว่างหน่วยงานทั้งแพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย และนักโภชนาการ มีการตระหนักและตื่นตัวมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้คือ ปริมาณน้ำนมเริ่มไหลเร็ว มีแนวปฏิบัติที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อมารดาและทารกหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในสตรีที่มีปัญหาการหลังของน้ำนมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อเป็นการเตรียมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบวิธีการกระตุ้นน้ำนมไหลที่เลือกใช้ในแต่ละวิธี ว่ามีวิธีการไหนดีที่สุดเหมาะสมที่สุด ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย
2. ควรมีการติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน และเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสหวิชาชีพทั้งสูติแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินวิจัยในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรัตน์ เจริญสันติ อ่ำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล และอภิรัช อิทรางกุล ณ อยุธยา. การพยาบาลและการผดุงครรภ์ : สตรีในระยะตั้งครรภ์. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานา. 2563.
2. คชาวุธ เกษาพันธ์, จันทร์สุดา เลพล, จุฑามาศ เกตแก้ว, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, เจษฎาภรณ์ พงษ์เพชร, ฉวีวรรณ เจริญรัมย์, ตะวันฉาย ลินลา, ปณิตสร สุวรรณชา & วิรตี เชื้อม่น. การนวดและการประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิจัยนวัตกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางสุขภาพ. 2565;. 1: 1-14.
3. ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัย, จันทร์เพ็ญ ชินคำ, อัจฉรา วรลิน, & สุวีพร ศรีโพธิ์อ่อน. การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564; 18: 99-112.
4. อังสนา ศิริวัฒน์ เมธานนท์, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, & โสภา บุตรดา. ผลของการนวดเต้านมต่อการแก้ไข ปัญหาท่อ น้ำนมอุดตันในมารดาในระยะให้นมบุตร. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2566; 29: e264608 p1-19.
5. Huang Y, Liu Y, Yu X, & Zeng T. The rates perceived supply: A systematic review. Maternal & Child Nutrition. 2022; 18: 1-13. doi: 10.1111/mcn.13255
6. นพรัตน์ ธารณะ. การรับรู้ปริมาณน้ำนมแม่ไม่เพียงพอในมารดาหลังคลอด: ความท้าทายของพยาบาล. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2566; 50: 267-279.
7. ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา & กันยรักษ์ เงยเจริญ. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริม และแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. Nursing Science Journal of Thailand. 2563; 38: 4-21.
8. มัชฌิมา ตรีนุชกร, รัฐศาสตร์ เต็นชัย, บัวกาญจน์ กายาผาด, สุวนันท์ ผองแก้ว & เขมกัญญา อนันต์. ประสิทธิภาพของการนวดกระตุ้นเต้านมต่อการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565; 31: 269-279.

9. Namchaitaharn S, Pradubwong S, Surit P, Chowchuen B. Development clinical practice for nurses in breastfeeding promotion for infants with Cleft Lip and Palate Srinagarind Hospital Northeastern Thailand. J Med Assoc Thai. 2019;102(Suppl.5): 50-3.
10. เนรัญชรา แสงทักษิณ & ธวัชชัย กมลธรรม. ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดที่รับการกระตุ้นน้ำนมด้วยการนวดประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรและรับประทานยาสมุนไพรกระตุ้นน้ำนมสูตรโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา. In Proceeding National & International Conference 2021; 14, No. 2, p. 608.
11. เบญจวรรณ ละหุการ, มลิวลัย รัตยา, ทศณีย์ หนูนารถ, นุสรมา มาลาศรี & กาญจนีย์ รัตนถาวร. ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอด. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 2564; 6: 100-111.
12. มาริยา มะแซ, ศศิกานต์ กาละ, วรางคณา ชัชเวช. ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2562;11(3):1-14.
13. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการและบทเรียน. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการการวิจัยประเมินผลและการสังเคราะห์องค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคมของมูลนิธิสยามกัมมาจลในโครงการส่งเสริมการจัดการความรู้ของเยาวชนในชุมชนท้องถิ่น (4 ภาค) และโครงการเสริมศักยภาพการขับเคลื่อนเศรษฐกิจพอเพียงสู่สถานศึกษาคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.เอส. จำกัด; 2553.
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น ฉบับปรับปรุงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ:บริษัท สุวีริยาสาส์น จำกัด. 2560
15. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, กัลยา บัวบานและปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. เนื้อแนบเนื้อสัมผัสแรกจากรักจากแม่สู่ลูก : ความสำคัญและการปฏิบัติ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2562; 3: 1-10.
16. สิริเพ็ญ มาตา, & จันทร์เพ็ญ ธรรมพร. ผลของการนวดกระตุ้นการไหลของน้ำนมและประคบสมุนไพรในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลนางรอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2023; 6: 59-71.
17. กฤษณา ปิงวงศ์ & กรรณิการ์ กันธะรักษา. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนม. พยาบาลสาร. 2560; 44: 169-176
18. ขนิษฐา ผลงาม, & รัชนาถ มั่นคง. ผลการนวดประคบเต้านมด้วยเจลความร้อนขึ้นร่วมกับการกระตุ้นหัวนม และลานนมต่อการหลั่งน้ำนมครั้งแรกและปริมาณการไหลของน้ำนมในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้า ท้องที่มีทารกป่วย. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 2564; 14: 156-169.
19. กนกวรรณ โคตรสังข์, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม. ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 2559, 24.1: 13-26.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อ
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

Received: 21 January 2024

Revised: 4 April 2024

Accepted: 29 April 2024

นภลัย แสงโพธิ์ พย.บ.¹มงคล วารีย์ พย.ม.²อัญญาณี ฮองตัน พย.บ.³ชญญาวีร์ ไชยวงศ์ พร.ด.^{4*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม ต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) การสนทนาเป็นทีมเป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและญาติ และทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาทางเลือกในการรักษา และเป้าหมายของผู้ป่วย 2) การสนทนาทางเลือกเป็นการให้ความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกฯ ความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยการพิจารณาความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ เป็นการสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบของแต่ละทางเลือกฯ ที่ผู้ป่วยสนใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (paired t-test)

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมมีการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพของผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วย ญาติและทีมสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยและญาติมีการรับรู้ความสามารถแห่งตน และสามารถลดความขัดแย้งในการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผล: ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในคลินิกไตเรื้อรังเพื่อช่วยผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

คำสำคัญ: ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ การบำบัดทดแทนไต

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

^{4*} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

Corresponding author: E-mail: ccchaiwong78@gmail.com

Effects of Shared Decision Making Counseling Program on Decision Making of Renal Replacement Therapy in End Stage Renal Disease Patients

Napalai Sangpho B.N.S.¹Mongkhon Waree M.N.S.²Anyanee Hongton B.N.S.³Chanyawee Chaiwong Ph.D.⁴

Received: 21 January 2024

Revised: 4 April 2024

Accepted: 29 April 2024

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a significant global public health problem. Providing educational interventions and participatory counseling program to assist patients and their families in making decisions about RRT.

Research objectives: This research was a one-group quasi-experimental that compared the effects of the participatory counseling program on the shared decision-making process for renal replacement therapy (RRT)

Research methodology: The program consisted of 1) team talk, which is a collaborative process between patients, their families, and the healthcare team to consider treatment options and patient goals; 2) option talk, which provides information related to end-stage renal disease (ESRD), treatment options, differences, advantages, and disadvantages. Then decision was made based on the risks; and 3) decision talk, which reflects the results and effects of treatment options of prospective treatments. A total of 30 purposive sample of patients with ESRD participated in the program. The research tools comprised the evaluation of ESRD knowledge and decision-making for RRT. The data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test.

Results: After participating in the program, the samples gained higher mean score of ESRD knowledge and a higher mean score of appropriate decision-making significantly ($p < .05$) compared to before participating in the program. This is because the program promoted patient-centeredness and the goals were set individually between the patient, family, and healthcare team. The samples also revealed that their families perceived self-efficacy, and thus effectively reduced conflicts in decision-making.

Conclusion: healthcare team can apply the participatory counseling program to assist patients and their families in making decisions about RRT.

Implications: This study can be effectively implemented for ESRD patients and their families in making decisions about RRT.

Keywords: End Stage Renal Disease, Shared Decision-Making Program, Renal Replacement Therapy

¹ Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital

² Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital

³ Registered Nurse, Professional Level, Wanonniwat Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: E-mail: ccchaiwong78@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และทั่วโลก เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด มีโรคร่วมหลายโรค หลายอาการที่ยุงยาก ซ้ำซ้อน คุณภาพชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม¹ สาเหตุสำคัญของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้² หากไม่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีอัตราการเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ด้วยอาการคุกคามต่างๆ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ชาบวม น้ำท่วมปอด ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ความดันโลหิตสูง เลือดจาง คันตามผิวหนัง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชัก หดสติ³ มีอัตราการเสียชีวิตสูง คุณภาพชีวิตต่ำ ค่าใช้จ่ายสูง และใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาจำนวนมาก⁴ จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) ซึ่งแบ่งเป็น 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation: KT) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) และการล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD)⁵ เป้าหมายของการบำบัดทดแทนไตเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคุกคามของโรคจากภาวะของเสียคั่งในร่างกาย รักษาสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ยืดอายุให้ยืนยาวขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁶

ในปี 2566 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด จำนวน 2,904 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 จำนวน 276 คน, ระยะที่ 2 จำนวน 646 คน, ระยะที่ 3 จำนวน 1,412 คน, ระยะที่ 4 จำนวน 419 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 9.5, 22.25, 48.62, 14.43 และ 5.2 ตามลำดับ⁷ (HDC service, 17 กันยายน 2566) ประสพการณ์ภายหลังให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 25 ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีใด ร้อยละ 60 และ ตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคอง ร้อยละ 15 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ยังไม่พร้อมตัดสินใจ/ ตัดสินใจล่าช้า รอปรึกษาสมาชิกครอบครัว กลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา กลัวติดเชื้อ กลัวเสียชีวิต ขาดผู้ดูแลหลัก มีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ไม่อยากเป็นภาระให้ครอบครัว ขาดเงินทุนในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการเดินทาง ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ห่างไกล

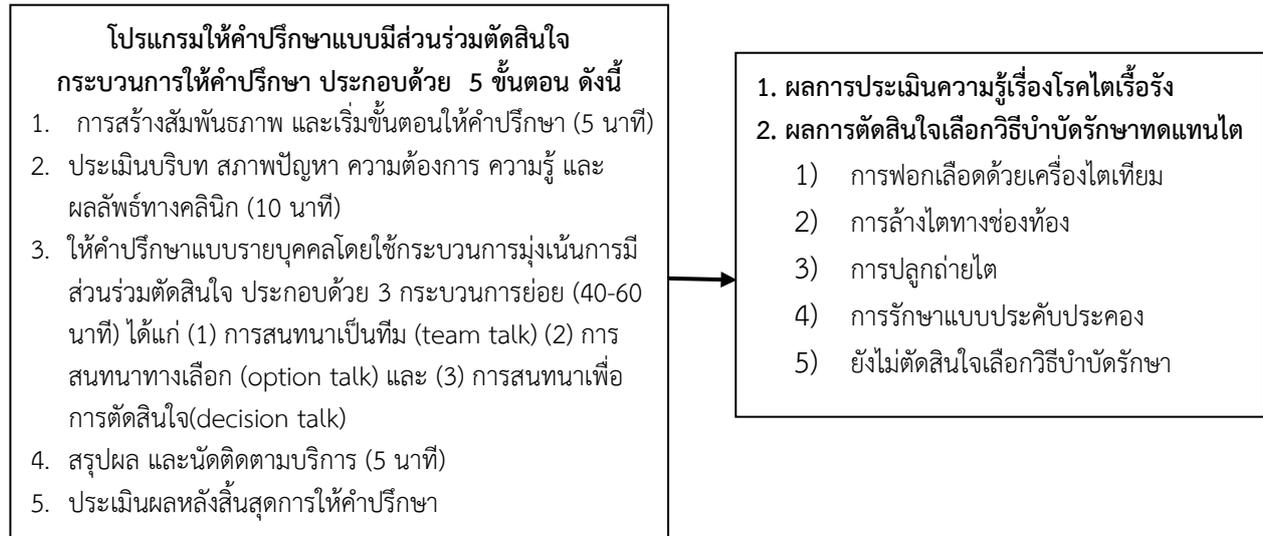
การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ (shared decision making: SDM) สัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นเหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วยที่สูงอายุ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพล⁸ โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจมีกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกัน⁹ ให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถแห่งตน และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ การรับรู้สถานะความเจ็บป่วยและการรับรู้ผลกระทบต่อการบำบัดทดแทนไตภายหลังการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹¹ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการตัดสินใจร่วมกันนำไปสู่การคงอยู่ของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดผลลัพธ์ด้านการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น และสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันใกล้เคียงคนปกติทั่วไป¹² ปัจจุบันผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการรักษาแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจเข้ารับการบำบัดรักษาล่าช้า¹³ ปัจจัยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัว การเผชิญต่ออัตราการกรองของเสียของไตที่ต่ำแต่ไม่แสดงอาการรบกวน และข้อจำกัดในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ¹⁴ การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย¹⁵ ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่อง และมีความพิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ดังนั้น ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิดทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ¹⁶

การให้คำปรึกษาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ควรมีขั้นตอนที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลผู้จัดการ¹⁰ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือต้องการเลือกตัดสินใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ¹⁷ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วยภายใต้การได้รับข้อมูลที่เพียงพอประกอบการตัดสินใจยอมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจบริบทของตนเองมากที่สุด¹⁸ การส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไต ส่งผลให้เกิดการยอมรับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น¹⁹ การส่งเสริมความรู้เป็นรายบุคคลเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงและเข้าสู่ระยะที่ 4 เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและชะลอภาวะไตเสื่อมได้²⁰ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความหวัง ความชอบต่อการบำบัดทดแทนไตและความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต จะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้ารับบริการบำบัดรักษาทดแทนไตด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม²¹ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn¹⁶ เพื่อบรรลุเป้าหมาย ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลและเพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาสุขภาพพร้อมกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างมีประสิทธิภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017) ประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาสื่อสารเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง 2) การสนทนาทางเลือก (option talk) เป็นการสนทนาสื่อสารให้ข้อมูลความรู้ ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย โดยใช้หลักการสื่อสารความเสี่ยง และ 3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจเลือกแต่ละวิธีที่ผู้ป่วยให้ความสนใจหรือต้องการเลือกตัดสินใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคลเพื่อบรรลุผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและการบำบัด ทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research, one group pre-test– post-test design) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร ทำการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมารับบริการ ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนด คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power²² โดยเลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกรักษาทดสอบทางเดียวกำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (2.7 คน) เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) เข้ารับบริการด้านสุขภาพต่อเนื่องในโรงพยาบาลวานรนิวาส (3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน ฟัง และสื่อสารให้ข้อมูลได้ (4) สนใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบ ทุกขั้นตอน (2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น วัณโรค และการยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ (1) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง (2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn et al. (2017)¹⁷ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาการศึกษา รายละเอียด 8 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ตกธงบริการ ขอความยินยอม และเริ่มขั้นตอนให้คำปรึกษา ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินบริบทสภาพปัญหา ความต้องการ ความรู้ และ ผลลัพธ์ทางคลินิกผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ความเครียดและภาวะซึมเศร้า ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ขั้นตอนที่ 3 เริ่มต้นให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลโดยใช้กระบวนการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจของ Elwyn et al. (2017)¹⁷ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ โดยใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง

กระบวนการที่ 2 การสนทนาทางเลือก (option talk) การสนทนาให้ข้อมูลความรู้ โดยใช้สื่อวิดีโอทัศน์ แผ่นพับ ภาพพลิก แผนให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย การสื่อสารความเสี่ยง และ

กระบวนการที่ 3 การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสื่อสารเพื่อสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการให้คำปรึกษา และนัดติดตามบริการ ใช้เวลา ประมาณ 5 นาที

ขั้นตอนที่ 5 สรุปและประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาในวันที่ 1 และนัดติดตามประเมินซ้ำ เมื่อครบ 8 สัปดาห์ หรือ กรณีผู้ป่วยยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้หรือไม่พร้อมตัดสินใจ นัดหมายเพื่อให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมอีกครั้งโดยวิเคราะห้ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยเอื้อต่อการตัดสินใจให้สอดคล้องกับความต้องการและความคาดหวังที่แท้จริงของผู้ป่วยให้มากที่สุด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย (1) โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ และ (2) คู่มือแนวทางการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าร่วมศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา ความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้ดูแลสุขภาพหลัก

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูกผิด ข้อคำถามเชิงบวก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบถูกได้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ระดับที่ 8-10 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง 6-7 คะแนน (ร้อยละ 60 – 79) ระดับต่ำ 1-5 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ความพร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตและยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ ประกอบด้วย การพอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม = 4 คะแนน การล้างไตทางช่องท้อง = 3 คะแนน การปลูกถ่ายไต = 2 คะแนน การรักษาแบบประคับประคอง 1 คะแนน ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในครั้งนี้ 0 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่า CVI ของ แบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนและแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ได้ผลการทดสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .90, และ .85 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความหมาย สำนวน ภาษา ความเข้าใจคำถามแต่ละข้อก่อนนำไปใช้จริง การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) ได้ผลการทดสอบความเที่ยง เท่ากับ .90 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023 – 075 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย การรักษาความลับ และใช้เวลาในการอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการวิจัยในครั้งนี้อะไรก็ได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาปกติตามมาตรฐานทางการแพทย์ อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอข้อมูลทางวิชาการในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 เพศชาย ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 64.57 ปี (SD.=9.78ปี) อายุระหว่าง 60-74 ปี ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 สถานะในครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 63.3 และสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 36.7 การศึกษาส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 96.7 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 60 มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 43.3 ผู้ป่วยดูแลตนเอง ร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 56.7 มีสมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 33.3 และตัวผู้ป่วยสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต การเปรียบเทียบความรู้และการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ

2.1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยวัดความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับความรู้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

ผลการประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนน		mean dif.	SD dif.	df	t	p-value
	ก่อน (SD)	หลัง (SD)					
ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและการบำบัดทดแทนไต	7.73 (1.28)	9.27 (1.87)	1.53	2.21	29	3.80	0.001

2.2 การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ก่อนให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างยังไม่แน่ใจในการเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 53.4 หลังให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 73.4 โดยเลือกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมากที่สุด ร้อยละ 53.4 และการล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 6.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

ผลการตัดสินใจ	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	4	13.3	20	66.7
2. การล้างไตทางช่องท้อง	1	3.3	2	6.7
3. การรักษาแบบประคับประคอง	9	30.0	7	23.3
4. ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต	16	53.4	1	3.3
รวม	30	100	30	100

ผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ มากกว่าครึ่งยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 53.4 เหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต เนื่องจาก 1) วิตกกังวล กลัว เกี่ยวกับวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต จำนวน 8 คน 2) รอปรึกษาสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 10 คน 3) เชื่อว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง สามารถรอดตัดสินใจภายหลังได้ จำนวน 9 คน 4) ขาดผู้ดูแลหลัก จำนวน 3 คน 5) ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการ จำนวน 7 คน 6) มีภาระหนี้สิน/ มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว จำนวน 4 คน และ 7) มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 2 คน ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ตัดสินใจเลือกการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 และยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทน เนื่องจากมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ (n=30)

ผลการประเมิน	ค่าเฉลี่ยคะแนน				df	t	p-value		
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)					
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษา	0.87	(1.33)	2.77	(1.55)	1.90	1.84	29	5.64	0.000

ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.64$ $p<0.001$) ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง เท่ากับ 1.90

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจ ของ Elwyn¹⁷ ผลของการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ โดยการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และการบำบัดทดแทนไต ผลลัพธ์ทางคลินิกและผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ดังนี้

2.1 ข้อความรู้เรื่องโรค ไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจที่สูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที ประกอบด้วย (1) การสนทนาเป็นทีม (team talk) เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันที่เน้นการสนทนาเป็นทีมเพื่อร่วมกันพิจารณาไตร่ตรอง ความจำเป็นในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ตระหนักถึงทางเลือกต่างๆ และ เป้าหมายของตนเอง (2) การสนทนาทางเลือก (option talk) การสนทนาให้ข้อมูลความรู้ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ ภาพพลิก แผ่นให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะทางเลือกหลากหลายช่องทาง การเปรียบเทียบความแตกต่าง ข้อดี ข้อเสีย การสื่อสารความเสี่ยง และ (3) การสนทนาเพื่อการตัดสินใจ (decision talk) การสื่อสารเพื่อสะท้อนผลลัพธ์และผลกระทบด้านต่างๆ ของการตัดสินใจที่ผู้ป่วยให้ความสนใจ โดยอ้างอิงประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการให้คำปรึกษาเพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย^{15,19} ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่อง และมีความพิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือน หลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ¹⁷

2.2. ผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ จากการวิเคราะห์เหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตในครั้งแรกก่อนให้คำปรึกษา ได้แก่ (1) วิตกกังวล กลัว เกี่ยวกับวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต (2) รอปรึกษาสมาชิกอื่นในครอบครัว (3) เชื่อว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง สามารถรอตัดสินใจภายหลังได้ (4) ขาดผู้ดูแลหลัก (5) ไม่สะดวกเดินทางเข้ารับบริการ (6) มีภาระหนี้สิน/ มีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในครอบครัว และ (7) มีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Song et al.,¹³ ที่กล่าวว่า ในปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายมีสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง สามารถเข้าถึงบริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง และการรักษาแบบประคับประคอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจ เข้ารับการบำบัดรักษาล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของกิจจลักษณ์ แสงเงิน¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ได้แก่ เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่อยากเป็นภาระแก่ครอบครัว การเผชิญต่ออัตราการกรองของเสียของไตที่ต่ำแต่ไม่แสดงอาการรบกวน และข้อจำกัดในการเดินทางเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้น การให้คำปรึกษาเพื่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตควรเป็นการตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยเฉพาะรายบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไตเสื่อมหน้าที่ระยะรุนแรง ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้องทุกราย¹⁵ ในผู้สูงอายุมากๆ มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง มีโรคร่วมหลายโรค การทำงานของร่างกายบกพร่อง และมีความ

พิการ มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตภายใน 3 เดือนหลังเริ่มต้นบำบัดทดแทนไต ควรได้รับการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจอย่างใกล้ชิด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและทีมให้บริการสุขภาพ¹⁶ ภายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมร้อยละ 66.7 การล้างไตทางช่องท้อง ร้อยละ 6.7 ส่วนน้อยที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต ร้อยละ 3.3 โดยมีเหตุผลที่ยังไม่พร้อมตัดสินใจ เนื่องจากมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกอื่นในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ และดูแล เด็กเล็ก เด็กวัยเรียน สอดคล้องกับสมมุติฐาน ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาที่มีผลของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมตัดสินใจ สัมพันธ์กับปัจจัยที่เป็นเหตุผลส่วนตัวของผู้ป่วยที่สูงอายุ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพล⁽⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Verberne, Stiggebout, Bos และ van Delden⁹ โปรแกรมการมีส่วนร่วมตัดสินใจมีกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพร่วมกัน ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถแห่งตน และลดความขัดแย้งในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้สถานะความเจ็บป่วยและการรับรู้ผลกระทบต่อการบำบัดทดแทนไตภายหลังการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย¹¹

สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการให้คำปรึกษาเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อวางแผนการให้คำปรึกษาก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตและการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เฉพาะเจาะจง
2. ประยุกต์ใช้โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจในการวางแผนการให้ข้อมูล ความรู้ และเพิ่มผลลัพธ์การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เพิ่มขึ้น
3. สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาด้านโรคไต โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ในการเรียนการสอน เพื่อเพิ่มทักษะ ความรู้ของผู้ให้คำปรึกษาก่อนการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต
4. โปรแกรมให้คำปรึกษาแบบมีส่วนร่วมตัดสินใจ สามารถพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายก่อนบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้น จึงควรขยายผลไปยังหน่วยบริการอื่นๆในการประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวในชุมชนเกี่ยวกับวิธีการเข้ารับการบำบัดรักษาสุดท้ายของผู้ป่วย ภายหลังการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสม เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและติดตามการเปลี่ยนแปลงผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ติดตามผลการศึกษาในระยะสั้น 8 สัปดาห์ ไม่ได้ติดตามผลการศึกษาในระยะยาว ภายหลังการศึกษา ทำให้ไม่ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงผลการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดรักษาทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในภายหลัง

เอกสารอ้างอิง

1. Novak, M., Costatini, L., Schneider, S. & Beanlands, H. Approaches to Self-Management in Chronic Illness. *Seminars in Dialysis* 2013; 26(2): 188–194.
2. พงศธร คชเสนี และ เกரியง ตั้งสง่า. ระบาดวิทยาของโรคไตเรื้อรังและขอบข่ายของปัญหาในประเทศไทย: ความรุนแรงของโรคและผลกระทบทางเศรษฐกิจ. ใน *สูรศักดิ์ กันทชเวชศิริ. (บรรณาธิการ). ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562. หน้า 1-23.*
3. ศรีนยา บุญเกิด, ชาครีย์ กิตติยากร และ เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์. การประเมินการทำงานของไตทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการในโรคไตเรื้อรัง. ใน *สูรศักดิ์ กันทชเวชศิริ. (บรรณาธิการ). ตำราโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2562. หน้า 1-23.*
4. สกานต์ บุนนาค. การประชุมวิชาการโรคไต 2016 ร่วมกันดูแลไต เชื่อมโยงไทยดูแลโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ; 2559.
5. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (บรรณาธิการ). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนท์; 2556.
6. Bezerra, I. C., Silva, C. B., & Elias, M. R. Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: Do anxiety, stress and depression matter. *Biomed Central Nephrology* 2018; 19(98):1-6.
7. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลวชิรเมธี รายงานสถิติประจำปี 2566. สกลนคร: โรงพยาบาลวชิรเมธี; 2566
8. Shi, Y., Li, W., Duan, F., Pu, S., Peng, H., Ha, M., & Luo, Y. Factors promoting shared decision-making in renal replacement therapy for patients with end-stage kidney disease: systematic review and qualitative meta-synthesis. *International urology and nephrology* 2022; 54(3): 553–74.
9. Verberne, W. R., Stiggelbout, A. M., Bos, W. J. W., & van Delden, J. J. M. (2022). Asking the right questions: towards a person-centered conception of shared decision-making regarding treatment of advanced chronic kidney disease in older patients. *BMC medical ethics* 2022; 23(1) :1-8.
10. HO, Ya-Fang; CHEN, Yu-Chi; HUANG, Chiu-Chin; HU, Wen-Yu; LIN, Kuan-Chia; LI, I-Chuan. The Effects of Shared Decision Making on Different Renal Replacement Therapy Decisions in Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing Research* 2020; 28(4): p e109.
11. Hsiao, SM., Kuo, MC., Hsiao, PN. et al. Shared decision-making for renal replacement treatment and illness perception in patients with advanced chronic kidney disease. *BMC Med Inform Decis Mak* 2023; 23(1):159. doi: 10.1186/s12911-023-02261-w.
12. Ryan, R. M., & Deci, E. L. Self-determination theory basic psychological needs in motivation, development, and wellness. New York: The Guilford Press; 2017.
13. Song, M.K., Lin, F.C., Gilet, C. A., Arnold, R. M., Bridgman, J. C., & Ward, S. E. (2013). Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28(11):2815-23. doi: 10.1093/ndt/gft238. Epub 2013 Jul 30.

14. กิจจลักษณ์ แสงเงิน .ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. มหราชานครศรีธรรมราชเวชสาร 2565;6 (2):102-114.
15. Griffin, B. R., Liu, K. D., & Teixeira, J. P. Critical Care Nephrology: Core Curriculum 2020. American journal
of kidney diseases : the official journal of the National Kidney Foundation 2021; 75(3):435–452.
16. Kim, J. E., Park, W. Y., & Kim, H. Renal Replacement Therapy For Elderly Patients with ESKD Through
Shared Decision-Making. Electrolyte & blood pressure. E & BP 2023; 21(1): 1–7.
17. Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D.,
Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L.,
Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., Van der Weijden, T. A three-talk model for
shared decision making: multistage consultation process. BMJ (Clinical research ed.) 2017; 359,
j481. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4891>
18. Lindberg, J., Johansson, M., & Broström, L. Temporising and respect for patient
self-determination. Journal of Medical Ethics 2019; 45(3):161–167.
19. วรณมา เสริมกลิ่น และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2563). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตต่อการ
ยอมรับการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารสภาอากาศไทย, 2563;2: 208-223.
20. รัชณี ทิพย์สูงเนิน. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย.
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขวชิระ ภูเก็ต 2563; 1-16. เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566
เข้าถึงได้จาก https://www.vachiraphuket.go.th/wp-content/uploads/2021/02/vachira-2021-02-23_15-28-29_186375.pdf
21. พัชรี สังข์สี, ยุพิน ถนัดวณิชย์, วัลภา คุณทรงเกียรติ และ สายฝน ม่วงคุ้ม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
ตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา 2563; 25 (3):53-65
22. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G*power: A flexible statistical power analysis
program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods 2007;
2:175-191.

บทความวิชาการ

การเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Received: 20 January 2024
 Revised: 29 April 2024
 Accepted: 30 April 2024

คอรียะเยาะ เลาะปนา พย.ม^{1*}
 พัชรินทร์ คมขำ พย.ม²
 สุชาติา เจดอเลาะ พย.ม³

บทคัดย่อ

บทนำ: การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดอัตราป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การเสริมพลังชุมชนเป็นหนึ่งในกลวิธีสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) แนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) วิธีการหรือแนวทางในการเสริมพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเด็นสำคัญ: แนวทางในการเสริมพลังชุมชน ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา 3) การขับเคลื่อนดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผน และ 4) การกำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

สรุป: การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืนนั้น เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหา เข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ รวมถึงช่วยกันกำหนดเป้าหมายเพื่อให้รู้ถึงวิธีการที่จะช่วยแก้ปัญหา และแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของแต่ละชุมชน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การเกิดชุมชนสุขภาวะต่อไป

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสาธารณสุขหรือทีมสุขภาพสามารถนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชนไปใช้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยประยุกต์ใช้แนวทางหรือวิธีการเสริมพลังชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ มีการติดตามและประเมินผลประสานการทำงานอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การเสริมพลังชุมชน, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author. E mail: Khoriyah-l@bcnyala.ac.th

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Community Empowerment to Health Promotion and Prevention of Chronic non-communicable diseases (NCDs)

Received: 20 January 2024

Revised: 29 April 2024

Accepted: 30 April 2024

Khoyah Lahpunsu M.S.N.¹

Patcharin Khomkham M.S.N.²

Suchada Jehdoloh M.S.N.³

Abstract

Introduction: Promoting health and preventing chronic non-communicable diseases is very important in reducing morbidity and mortality rates from chronic non-communicable diseases. Community empowerment is one of the key strategies for sustainable health promotion and disease prevention.

objectives: To study 1) the concept of community empowerment in promoting health and preventing NCDs, and 2) methods or approaches to community empowerment for health promotion and prevention of chronic non-communicable diseases.

Key issues: Guidelines to community empowerment include 1) preparing communities and public health officials 2) creating awareness of the importance of the problem 3) Action the implementation of health promotion and disease prevention according to plan and 4) Setting measures and agreements together that everyone is informed and follows the guidelines in a concrete way.

Conclusion: Health team personnel can apply the concept of community empowerment to promote health and prevent NCDs for people at risk of NCDs in the community. By applying approaches or methods to strengthen communities that are consistent with the context, way of life, and culture of the area.

Implications: Developing models for health promotion and prevention of chronic non-communicable diseases to achieve sustainable success is emphasis on changing behavior to promote individual health, development of the potential, and participation of the community to make the community aware of the problem, understand causes of problems facing communities. Including helping each other to set goals of troubleshooting and joint solutions that are consistent with the context and needs of each community. which will lead to the result of creating a healthy community in the future.

Keywords: community empowerment, health promotion, prevention of chronic non-communicable diseases

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author. E mail: Khoriyah-l@bcnyala.ac.th

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

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลกสูงถึงร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือคิดเป็นหนึ่งในสี่ของประชากรโลกจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹ สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการป่วยตายที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (ร้อยละ 25.4) มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) และมีเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น (ร้อยละ 26.3) ที่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีปัญหาอัมพฤกษ์ อัมพาต ติดเตียง และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน 4 โรคสำคัญ คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มโรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรไทยช่วงอายุ 30-70 ปี จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรคนั้น พบว่า โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในภาพรวมของประเทศ ยังมีแนวโน้มที่ไม่สามารถลดการตายก่อนวัยอันควรลงหนึ่งในสามได้² ทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลและผลิตภาพของประชากรที่สูญเสียไป

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นโรคเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล โซเดียม และไขมันในปริมาณสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ เป็นต้น³ โดยสาเหตุของพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น การขาดความรู้ ขาดแรงจูงใจด้านสุขภาพ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการกระตุ้นให้ประชาชนมีการตื่นตัวในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือก และใช้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองและป้องกันโรคไม่ติดต่อได้⁴ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค จึงมีบทบาทสำคัญที่จำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลและจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถดูแลจัดการสุขภาพตนเองได้ ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค ควบคุมไปกับการรักษาเพื่อลดโรคร่วมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)⁵ ได้มีการตั้งเป้าหมายลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases: NCDs) ใน 4 กลุ่มโรค ให้ลดลงร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ. 2568 โดยการลดการตายก่อนวัยอันควรนี้ จำเป็นต้องลดทั้งการเกิดโรค และการชะลออาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ในกรณีที่เป็นโรคแล้ว ดังนั้นสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงมีมาตรการที่มุ่งเน้นขับเคลื่อนนโยบายที่สร้างพันธมิตรความร่วมมือ เพื่อให้สามารถสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนให้สำเร็จได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน¹

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีหลากหลายแนวคิดและทฤษฎีที่มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายและประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหารและการออกกำลังกาย ในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิเช่น แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตาม หลักการของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion)⁶ แนวคิดการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน (Community empowerment)⁷ และแนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical Model – TTM หรือ stage of change)⁸ เป็นต้น โดยแนวคิดดังกล่าวมีการพัฒนาศักยภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ป้องกันโรคของบุคคลให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชนให้ต่อเนื่องและยั่งยืน

ในหลายประเทศ การเสริมพลังชุมชนชนถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือทางนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพ อาทิเช่น ประเทศอินเดีย มีการศึกษารูปแบบการเสริมพลังชุมชนที่ประสบความสำเร็จสำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต่อในอินเดียในระยะยาว โดยใช้กระบวนการเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสร้างความตระหนักด้านการออกกำลังกายในระดับชุมชน มีการปรับสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่าสามารถทำให้ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁹ เช่นเดียวกับประเทศอินโดนีเซีย ซึ่งมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในการใช้กระบวนการเสริมพลังชุมชน เพื่อส่งเสริมป้องกันพฤติกรรมด้านการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว โดยมีนโยบายการส่งเสริมความรู้และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และให้ผู้นำชุมชนมีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาโครงการร่วมกัน พบว่าสามารถพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมและป้องกันโรคเรื้อรังได้¹⁰

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนให้ประสบความสำเร็จได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น นอกจากการปรับพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมการมีวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ การสร้างชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประชากรมากขึ้น เนื่องจากการเกิดโรคเรื้อรังและความเสี่ยงทางสุขภาพต่างๆ ไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคลเท่านั้น สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิดและดำรงชีวิตอยู่ วิถีชีวิตและวัฒนธรรม รวมถึงโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม ล้วนเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ส่งผลต่อการกำหนดสุขภาพของประชาชน¹¹ จะเห็นได้ว่าชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน โดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงสภาพปัญหา รู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและตระหนักในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้นการสนับสนุนปัจจัยด้านสังคม โดยการเสริมพลังชุมชน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้เกิดชุมชนสุขภาพที่สามารถจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้แนวทางและกลวิธีในการปฏิบัติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังชุมชน (Community empowerment) ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังในชุมชน 2 ประเด็น ได้แก่

1. แนวคิดการเสริมพลังชุมชน (Community empowerment) ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. วิธีการหรือแนวทางในการเสริมพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เนื้อเรื่อง

1. แนวคิดการเสริมพลังชุมชน (Community empowerment) ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคว่าเป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและส่งเสริมศักยภาพบุคคลในการดูแลตนเองให้เกิดปัจจัยที่สร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ประการ ได้แก่

(1) การสร้างนโยบายสาธารณะ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (3) การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ⁶ สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนิเวศวิทยา (The Social Ecological Model) ที่มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลง จากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยทางสังคม เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ ทั้งภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นๆ ปฏิสัมพันธ์อยู่¹²

การเสริมพลังชุมชน (Community empowerment) เป็นการสนับสนุนปัจจัยด้านสังคมตามแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาในการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหนึ่งในกลวิธีสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบกฎบัตรออตตาวา ซึ่งปัจจัยกำหนดกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยที่ชุมชนจัดการได้ เช่น รายได้ สถานะทางสังคม การศึกษา เครือข่ายทางสังคม สภาพแวดล้อม และปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ชุมชนจัดการไม่ได้ เช่น ระบบบริการสุขภาพ เพศ พันธุศาสตร์ เป็นต้น ดังนั้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการเสริมสร้างขีดความสามารถของบุคคล ให้มีการจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านต่างๆ ตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ในการสร้างเสริมการทำงานของชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการเสริมพลังชุมชนเป็นแนวคิดที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน และสามารถใช้อำนาจในชุมชนเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนได้ สอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองวิถีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) ของปัญญาโสพรรณ⁷ ซึ่งอธิบายว่า ความต้องการการพัฒนาให้ชุมชนเป็นที่ยอมรับ และความต้องการความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เท่าเทียม เป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการเสริมพลังสู่ชุมชนสุขภาพ การเสริมพลังชุมชนเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งกระบวนการเสริมพลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1.) ระยะการสะสมพลัง (getting together-collecting power) 2.) ระยะสมดุลพลัง (balancing power) และ 3.) ระยะแสดงพลัง (exercising power) โดยแต่ละระยะมีกิจกรรมที่มุ่งเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคม กระตุ้นให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักและมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการพัฒนาการประสานเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่งเสริมการขับเคลื่อนกระบวนการทางสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจร่วมด้วย ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการเสริมพลังชุมชน คือ เกิดชุมชนสุขภาพ (healthy community) ซึ่งชุมชนสุขภาพจะประกอบด้วย ประชาชนสุขภาพดี (healthy people) และชุมชนที่มีสภาวะแวดล้อมที่ดี (healthy environment)⁷

จากการศึกษาการนำกระบวนการเสริมพลังชุมชนทั้ง 3 ระยะมาประยุกต์ใช้ในเสริมพลังชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของ คอรีเฮอร์⁸ สามารถสรุปกลยุทธ์การดำเนินงานเพื่อเสริมพลังชุมชน ให้เกิดชุมชนสุขภาพ (healthy community) ตามแนวคิดแบบจำลองวิถีการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน (way of promoting a healthy community) ของปัญญาโสพรรณ⁷ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ ดังนี้

1.ระยะสะสมพลัง (getting together-collecting power) เป็นระยะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้มีการรวมกลุ่มบุคคล เพื่อรวมพลังให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ โดยใช้กลวิธีเสริมพลัง ดังนี้

1.1 ปลุกกระตมต (raising consciousness) เป็นกระบวนการสะท้อนปัญหาของชุมชน ผ่านสถานการณ์ของโรคและความเสี่ยงทางสุขภาพที่ส่งผลต่ออัตราการเกิดโรคของคนในชุมชน วิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาในอนาคตและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยกลวิธีนี้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนต้องร่วมกันระดมสมองเพื่อ

วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละบริบทชุมชน พร้อมทั้งมีการให้ข้อมูลและความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค ภาวะเสี่ยงต่างๆ ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้อาจมีการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ในสุขภาพตนเองของบุคคล เป็นต้น

1.2 รวมคนรวมใจ (getting together) เป็นการรวมคนเพื่อรวมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันวางแผนการดำเนินงานในชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชนประกอบกับข้อมูลแนวทางการจัดการสุขภาพจากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาออกแบบเป็นกิจกรรมร่วมของเครือข่าย เพื่อปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆต่อโรคเรื้อรัง โดยกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนให้ชัดเจน

1.3 ค้นค่านิยมร่วมกัน (seeking common values) เป็นกระบวนการที่ให้ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันตั้งเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พร้อมทั้งระบุแบบการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งต้องมาจากความต้องการของสมาชิกทุกคน และมีการทำพันธะสัญญาร่วมกันก่อนการนำไปปฏิบัติ

1.4 รวบรวมฝัน (getting dream) เป็นกระบวนการสรุปแนวทางการดำเนินงานที่ได้จากการกำหนดร่วมกันของทุกคน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมสรุป ก่อนชี้แจงให้ทุกคนนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

2. ระยะเวลาสมดุลพลัง (balancing power) เป็นระยะการพัฒนาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กลวิธี ดังนี้

2.1 แสดงความคิดเห็น (voice) เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนต่างๆทั้งของตนเองและภาพรวมของคนชุมชน

2.2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (share) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่ผ่านมา บอกเล่าปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล พร้อมหาข้อสรุปร่วมกันในที่ประชุม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันและนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม อีกทั้งมีการเชิญบุคคลต้นแบบในชุมชน มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แล้วให้ผู้ป่วยแต่ละคนพิจารณาเลือกข้อดี ข้อเสีย เพื่อการนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานร่วมกัน

2.3 เสริมกำลังใจ ให้การยอมรับ (cheer) เป็นกระบวนการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องและผู้ป่วย ร่วมให้กำลังใจ พุดชมเชยผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ พร้อมกำหนดของรางวัลเป็นแรงจูงใจแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย

2.4 เสนอทางเลือกที่มีอยู่ (choices) เป็นกระบวนการที่ให้แกนนำร่วมสรุปวิธีการหรือทางเลือกจากบุคคลต้นแบบในชุมชน และจากผลการปฏิบัติของผู้ป่วยที่สามารถปรับพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางที่มีความเหมาะสมกับตนเองได้

2.5 ตัดสินใจเลือก (choose) เป็นกระบวนการที่ให้แกนนำสรุปประเด็นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นต่างๆ พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมตัดสินใจเลือกรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการปรับพฤติกรรมได้สำเร็จ

3. ระยะเวลาแสดงพลัง (exercising power) เป็นการนำผลการตัดสินใจทางเลือกในระยะเวลาสมดุลพลัง มาปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานต่างๆในทุกขั้นตอนตามระยะเวลาที่กำหนด แกนนำและสมาชิกร่วมสรุปผลการดำเนินงานต่างๆทั้งหมด ความพึงพอใจ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาต่อไป

ผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการเสริมพลังชุมชนทั้งหมด คือ ชุมชนเกิดความเชื่อและมั่นใจในความสามารถของชุมชนเองที่จะกำหนดและเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการรวมกลุ่มกันเพื่อแก้ไขปัญหา โดยสามารถร่วมกันระดมสมองและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อบริหารจัดการและจัดกิจกรรมบริการที่เหมาะสมตามความต้องการของชุมชนที่สามารถปฏิบัติได้จริง ร่วมปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ พร้อมสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระยะยาวได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมและมีการสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องควบคู่กันไป

จะเห็นได้ว่ากระบวนการตามโปรแกรมเสริมพลังชุมชนดังกล่าว เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทั้งผู้ป่วยเองและแกนนำชุมชนที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในทุกขั้นตอนของกิจกรรมการดำเนินงาน ทำให้ชุมชนเกิดการตื่นตัว มีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและเกิดความต้องการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน นำไปสู่การร่วมคิด ร่วมออกแบบ และตัดสินใจเลือกกิจกรรมตามความต้องการและความสามารถของชุมชนที่ปฏิบัติได้จริง แทนการขึ้นนำหรือการปฏิบัติตามความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ส่งผลให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน นำไปสู่การมีสุขภาพดีประชาชน (healthy people) และเกิดชุมชนที่มีสุขภาวะแวดล้อมที่ดี (healthy environment) สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของกองโรคไม่ติดต่อ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในระบบบริการสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนที่ดีขึ้น¹

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังชุมชน พบว่า การใช้เทคนิควิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal: PRA) และการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง ซึ่งมีการพัฒนาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทุกฝ่าย ด้วยการฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การทำแผนที่ตำบลสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตลอดจนการจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาในชุมชน สามารถทำให้ชุมชนเกิดความเข้าใจในแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม และสามารถร่วมมือจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนต่อไปได้¹¹ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาวะผู้นำ และความยึดมั่นผูกพันของชุมชน มีผลต่อศักยภาพของชุมชนในการสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในเรื่องของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ¹⁴

นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาระยะยาวผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมพลังอำนาจชุมชนที่ผ่านมาโดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพของสายชล คล้อยเอี่ยม⁴ พบว่า กระบวนการพัฒนาสู่ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่ที่คล้ายกัน คือ 1. การเตรียมคณะทำงานและจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. การประชาสัมพันธ์รณรงค์สร้างกระแสความตระหนักชุมชน 3. การค้นหาและประกาศเกียรติคุณบุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพ 4. การสร้างข้อกำหนดตกลงร่วมของการเป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาแนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อให้เป็นชุมชนน่าอยู่ของ ภาคภูมิ ภักวิภาส และรัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร¹⁵ พบว่า ชุมชนจะเกิดการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชน และการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม ต้องมีการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ 1) การมองเป้าหมายร่วมกัน 2) การสร้างโครงสร้างและกลไกพื้นฐานเพื่อการพัฒนาชุมชนแห่งการเรียนรู้ และ 3) การกำหนดแผนโครงการร่วมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการร่วมคิดและทำงานอย่างเป็นระบบ สามารถวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ นำไปสู่การวางแผนพัฒนาโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ที่สามารถนำไปพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ ต่อไปได้

จะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญกับแนวคิดการเสริมพลังชุมชน เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานเพื่อกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ชุมชนในขับเคลื่อนทุกกระบวนการดำเนินงานต่างๆของชุมชน เป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญและเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชนมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า การสื่อสารสร้างความเข้าใจร่วมกันในการปฏิบัติ ทั้งด้านการเตรียมความพร้อมของพื้นที่และการประสานงานอย่างต่อเนื่องในการสร้างความเข้าใจร่วมกันของคณะทำงานเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และการสร้างการรับรู้ให้เกิดความตระหนักร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและมีการติดตามให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เป็นไปตามแผนการดำเนินงานที่กำหนดให้ครอบคลุมที่สุด และเกิดเครือข่ายในการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ¹⁶

2. วิธีการหรือแนวทางในการเสริมพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การเสริมพลังชุมชนเป็นวิธีหรือแนวทางสำหรับประเทศไทยในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน โดยเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเชิงนโยบายในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเสริมพลังชุมชน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดชุมชนสุขภาวะในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น สามารถสรุปแนวทางในการเสริมพลังชุมชน^{4,8-10,17-18} ซึ่งประกอบด้วย 1.) การเตรียมความพร้อมของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆในชุมชนอย่างเป็นระบบ 2.) การสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา สามารถร่วมกันออกแบบกิจกรรมและวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม 3.) การขับเคลื่อนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคตามแผน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิก และบุคคลต้นแบบ และ 4.) การกำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างป็นรูปธรรม เป็นต้น ซึ่งในบริบทของประเทศไทย การนำกระบวนการเสริมพลังชุมชนในแต่ละขั้นตอนมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น ควรมีลักษณะของดำเนินงานร่วมกันเป็นเครือข่าย มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เชื่อมโยงกันในชุมชน โดยวิธีการหรือแนวทางดังกล่าวมีกระบวนการและกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนการสร้างเสริมพลังชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อมของชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆในชุมชนอย่างเป็นระบบ

ในการดำเนินงานด้านสุขภาพต่างๆในชุมชน จำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน บริบทพื้นที่ ข้อมูลระบบสารสนเทศเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของคนในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมและสามารถระบุปัญหาชุมชนได้ พร้อมเตรียมความพร้อมแกนนำหรือทีมสุขภาพ โดยคัดเลือกและจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชนทุกภาคส่วน เช่น การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย บ.ว.ร.ท.ร (บ้าน, วัด/มัสยิด, โรงเรียน, ท้องถิ่น, ราชการ) เพื่อให้มีตัวแทนของแต่ละภาคส่วนที่หลากหลาย ทำให้สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานต่างๆในชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการประสานความร่วมมือกันในการดำเนินงานตามความถนัดหรือความเกี่ยวข้องในงานของแต่ละภาคส่วน ซึ่งเป็นการใช้ทุนทางสังคมที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

2. การสร้างความตระหนักรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหา สามารถร่วมกันออกแบบกิจกรรม และวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

การสร้างความตระหนักรู้ โดยปลุกฝังให้ทุกคนเห็นความสำคัญของปัญหา เป็นขั้นตอนเริ่มต้นในการดำเนินงานตามแนวคิดการเสริมพลังชุมชน ในระยะของการสะสมพลัง เพื่อมุ่งเน้นให้ทุกคนรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา

ร่วมกันและนำไปสู่ความต้องการในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน โดยสามารถใช้กลวิธีหลากหลาย อาทิเช่น การสะท้อนปัญหาผ่านสถานการณ์ของโรค การระดมสมองเพื่อร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยของปัญหา การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อให้รับทราบถึงปัญหาสุขภาพของตนเองและเพิ่มความตระหนักรู้ในการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การถ่ายทอดองค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์ หรือเผยแพร่ข่าวสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากขึ้น เป็นต้น

ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลจากการวิเคราะห์ชุมชนและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้นแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดกิจกรรมให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนร่วมกันวางแผนการดำเนินงานต่างๆในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมออกแบกิจกรรมที่มาจากความต้องการของชุมชนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมร่วมของเครือข่ายเพื่อปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของชุมชนให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของแต่ละคนให้ชัดเจน มีการตั้งเป้าหมายและทำพันธะสัญญาร่วมกัน ซึ่งเป็นกระบวนการในการสร้างค่านิยมด้านสุขภาพร่วมกันของชุมชน ผ่านกลวิธีการจัดทำแผนสุขภาพและสรุปแนวทางการดำเนินงาน ก่อนนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ อาจมีการเสริมพลัง โดยใช้ทุนทางสังคม เช่น ผู้นำศาสนา หรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อความคิดหรือความเชื่อของคนในชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น เป็นต้น

3. การขับเคลื่อนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิก และบุคคลต้นแบบ

การขับเคลื่อนการดำเนินการสร้างเสริมและป้องกันโรคตามแผนการดำเนินงาน เป็นกระบวนการเสริมพลังชุมชนในระยะสมดุลพลัง เพื่อพัฒนาความสัมพันธ์ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและแกนนำหรือคณะทำงาน เพื่อสามารถกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ โดยมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานเป็นระยะๆ เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา ร่วมบอกเล่าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และแนวทางการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล เพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสมาชิก และเรียนรู้ผ่านบุคคลต้นแบบเพื่อนำมาเป็นแบบอย่าง (role model) โดยค้นหาบุคคลต้นแบบมาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอทางเลือกเพื่อปรับรูปแบบแนวปฏิบัติที่เข้าถึงและเหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการปฏิบัติ นอกจากนี้ควรมีการให้กำลังใจ ชมเชยผู้ปฏิบัติได้ดี หรือกำหนดรางวัลเพื่อจูงใจแก่ผู้ที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย เป็นต้น

4. การกำหนดและประกาศใช้มาตรการและข้อตกลงร่วมกัน เพื่อให้ทุกคนรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

กระบวนการเสริมพลังชุมชนในระยะแสดงพลัง เป็นการนำผลการสรุปแนวทางปฏิบัติที่ได้ผล ซึ่งมาจากการตัดสินใจทางเลือกในระยะสมดุลพลัง มากำหนดมาตรการและข้อตกลงร่วมกันตามรูปแบบการจัดการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ก่อนประกาศใช้มาตรการต่างๆอย่างเป็นทางการเพื่อให้ทุกคนรับทราบและนำมาปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จนเกิดเป็นค่านิยมที่คนในชุมชนยอมรับ นอกจากนี้ อาจมีการจัดกิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มาจากคัดเลือกของสมาชิกกลุ่ม เช่น ตลาดนัดสุขภาพ การจัดตั้งชมรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การประกวดครอบครัวสุขภาพดี เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้มีตระหนักต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและเป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมหรือปัจจัยเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์อีกด้วย

การติดตามและประเมินผลการเสริมพลังชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถประเมินได้จากผลของการนำแนวทางในการเสริมพลังชุมชนและการบริหารจัดการกระบวนการเสริมพลังชุมชนมาใช้ ซึ่งสามารถพิจารณาจาก 1)การรวมตัวของภาคี

เครือข่ายในชุมชน การจัดตั้งคณะทำงานจากหลากหลายภาคส่วน ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของชุมชน 2) การจัดการฐานข้อมูล การจัดการความรู้ และระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ทรัพยากรและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีการพัฒนาและยกระดับขีดความสามารถของคณะทำงานชุมชนในการบริหารจัดการการดำเนินงานของชุมชน 3) มีกลไกชุมชนและเครือข่ายที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆในการดำเนินงานการสร้างเสริมและป้องกันโรคตามแผนที่กำหนดหรือประยุกต์การทำงานจากแผนปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม 4) มีการสร้างกติกาและข้อตกลงร่วมกันซึ่งมาจากการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดแนวทางและร่วมปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้¹⁹

การศึกษาวิจัยกรณีตัวอย่างที่มีการนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชนที่ประสบผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย อาทิเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงในสตรีมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูงของคอรีเอเยาะ⁸ การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของกาญจนา¹⁷และการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง: กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพยอม จังหวัดพัทลุง ของสุดสิริ และคณะ¹⁸ เป็นต้น โดยการศึกษาดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดีขึ้น และสามารถเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลแล้ว ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนชุมชน เพื่อเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งที่สามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพควบคู่กันไปด้วย โดยการเสริมพลังชุมชน เป็นกลวิธีสำคัญในการส่งเสริมการขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักในปัญหา มีศักยภาพในการเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ สามารถร่วมคิดวิเคราะห์ถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงชุมชนต้องช่วยกันกำหนดเป้าหมายเพื่อให้รู้ถึงวิธีการที่จะช่วยแก้ปัญหาต่างๆ และให้ความร่วมมือในการหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกันที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของแต่ละชุมชน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การเกิดชุมชนสุขภาวะต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขหรือทีมสุขภาพสามารถนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชนไปใช้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้ โดยประยุกต์ใช้แนวทางหรือวิธีการเสริมพลังชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท วิถีชีวิต และวัฒนธรรมของพื้นที่ที่มีลักษณะประชากรหลากหลาย เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ มีการติดตามและประเมินผลประสานการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อสะท้อนกลับการดำเนินการในแต่ละกระบวนการให้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1376920230127075004.pdf>

2. ขนิษฐา กู้ศรีสกุล, ณัฐพัชร์ มรรคา, และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. การศึกษาสถานการณ์และพยากรณ์การตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อตามเป้าหมายระดับโลก พ.ศ. 2543-2573. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17:228-241.
3. รักชนก จันทร์เพ็ญ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2564;1:20-30.
4. สายชล คล้อยเอี่ยม. เสริมพลังอำนาจชุมชนต้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่ด้วยชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ : อะไร อย่างไร และทำไม?. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565; 45: 10-23.
5. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. [Internet]. [cited 14 Nov 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
6. World Health Organization. Milestones in health promotion: statements from global conference. [Internet]. [cited 4 Nov 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-CHP-09.01>
7. Boonyasopun, U. Ways of promoting a healthy community: A critical ethnography of rural Thai women, [Unpublished doctoral thesis]. USA: University of Maryland. Baltimore; 2000.
8. คอสีเย้าะ เลาะปนสา, อุมภาพร ปุญญโสพรรณ, และปิยะนุช จิตตบุญท์. การพัฒนาโปรแกรมเสริมพลังชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง ในสตรีมุสลิมกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2563;40:23-36.
9. V Mohan, CS Shanthirani, M Deepa, Manjula Datta, OD Williams, R Deepa. Community Empowerment - A Successful Model for Prevention of Non-communicable Diseases in India - The Chennai Urban Population Study (CUPS - 17). Journal of the Association of Physicians of India. 2006 Nov; 54: 858-862
10. Fatwa Sari Tetra Dewi. Working with community Exploring community empowerment to support non-communicable disease prevention in a middle-income country. Department of Public Health and Clinical Medicine Epidemiology and Global Health, Umea University, Sweden. 2013
11. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566: คำสัญญาของไทยใน “คอป”(COP: Conference of Parties) กับการรับมือ“โลกรวน”. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2566.
12. Golden SD, Earp JA. Social ecological approaches to individuals and their contexts: twenty years of health education & behavior health promotion interventions. Health Education & Behavior. 2012 Jun;39(3):364-72. doi: 10.1177/1090198111418634. Epub 2012 Jan 20. PMID: 22267868
13. สุปรีชา แก้วสวัสดิ์, ทศณู เรื่องสุวรรณ, พิมลพรรณ ศรีสงคราม, และปรีดา ไก่แก้ว. การพัฒนาตำบลสุขภาวะ: กรณีศึกษาตำบลกรุงซิง อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2558;24:659-669.
14. เอกศักดิ์ เสงสุโข. ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัย มสศ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2557;10:129-142.
15. ภาคภูมิ ภัควิภาส และรัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร. แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อให้เป็นชุมชนน่าอยู่: กรณีศึกษาดอยบุหมื่น. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2558;8:108-121.

16. วรลักษณ์ ลลิตศศิริวิมล, นุกูล ชื่นพิง, อติศักดิ์ หวานใจ, และคณะ. ปัญหา อุปสรรค และผลการดำเนินโครงการบริการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการคัดกรองความเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้นำศาสนาอิสลาม และประชาชนเขตรอบมัสยิดในเขต 12 สงขลา. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 13. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hu.ac.th/Conference/conference2022/proceedings/doc.pdf>
17. กาญจนา พรหมทอง. ผลของโปรแกรมเสริมพลังชุมชนต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา. 2562.
18. สุดสิริ หิรัญชอุณหะ, วนิภา ทับเทิง, มณฑา ทองดำสิง, ออฤทัย สุรีหลวงขจร และกาญจน์สุนันท์ บาลทิพย์. รูปแบบการเสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง: กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2564;41:115-127.
19. พงศ์เทพ สุธีรุฒติ. การติดตามและประเมินผลชุมชนเข้มแข็ง. สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://mehealthpromotion.com/upload/forum/mebook_FWHN.pdf

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** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมี

เนื้อหาครบทุกย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 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)** ควรสั้นกะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

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

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและ 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 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูล

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)** ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผล โดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 **ข้อเสนอแนะ (Recommendations)** เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม 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

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

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

ตัวอย่างเช่น (1)

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

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

¹ ทิพวรรณ สุขรวัย. 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. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด 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, อธิรุยท นันคณิศรณ.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทชชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;/ปีพิมพ์.

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 วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [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>

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 พันธุ์เมธาฤทธิ. ผลของนโยบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก 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 บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง 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	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	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 ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่อยู่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	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.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์

สรุป

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

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

1. การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้พิมพ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 3,500 บาท/เรื่อง โดยผู้พิมพ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น
2. ผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบเพื่อจ่ายค่าธรรมเนียม
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 อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวารสารจะแจ้งให้ผู้พิมพ์ทราบ ในกรณีที่ผู้พิมพ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้พิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้แก่ผู้พิมพ์ หรือในกรณีที่ผู้พิมพ์ไม่ดำเนินการจัดทำ/แก้ไขต้นฉบับบทความให้เสร็จเรียบร้อยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้กองบรรณาธิการ ตามวันเวลาที่กำหนด ทางกองบรรณาธิการมีสิทธิ์ในการยกเลิกการตีพิมพ์โดยไม่คืนเงินค่าธรรมเนียม

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (วารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้พิมพ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร 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)

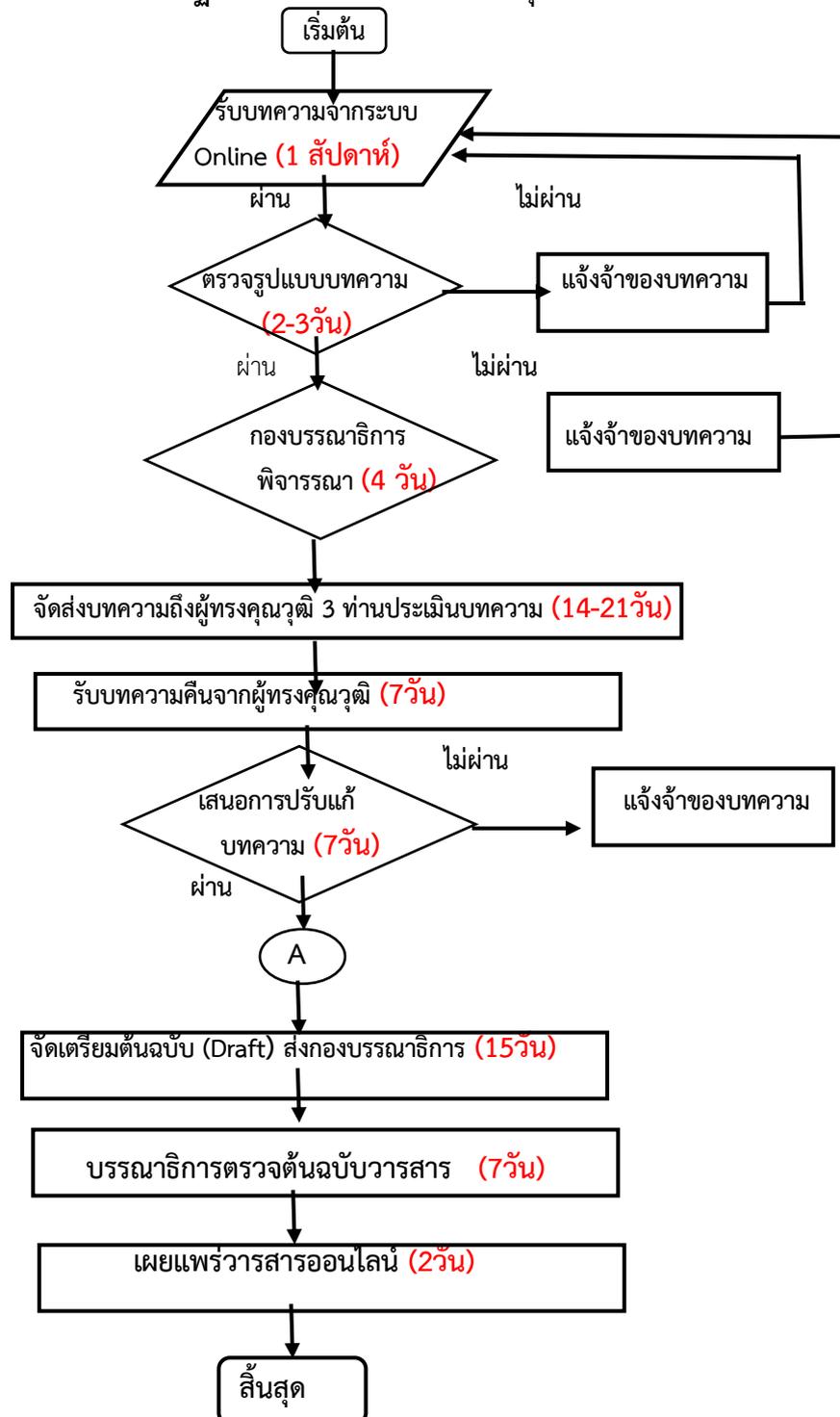
ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- 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 วารสารไม่อนุญาตให้ผู้เขียนขอเพิ่มชื่อผู้เขียนหลังจากเผยแพร่บทความออนไลน์แล้ว
 - Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ 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 เพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ต้นฉบับบทความให้ถูกต้องสมบูรณ์และตรงตามเวลาที่กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ
ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
88 ถนนมิตรภาพ หมู่ 1
ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุตรธานี
จังหวัดอุตรธานี 41330
โทรศัพท์: งานวารสาร
E-mail: journal@bcnu.ac.th

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

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 กำหนดให้ผู้มีพันธต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์หลังจากได้รับการประเมินเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการว่าสามารถตีพิมพ์ได้ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

ทั้งนี้วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา**ไม่รับประกันว่าบทความของท่านจะได้รับการตีพิมพ์** เมื่อชำระเงินแล้ว **วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาขอสงวนสิทธิ์การคืนเงินให้ผู้เขียนทุกกรณี**

.....
(.....)
ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้พิมพ์หลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบส่งที่ journal@bcnu.ac.th

ต้นฉบับผลงานส่งเข้าระบบวารสารออนไลน์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions>

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330

จริยธรรม

มาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์
วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ

บรรณาธิการต้องรับผิดชอบต่อทุกสิ่งที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

- พิจารณา คัดกรอง ตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ให้ตรงตามสาขาของวารสารด้วยหลักการทางวิชาการหรือตามระเบียบวิธีวิจัย
- เสนอแนะ ให้ปรับแก้บทความแก่ผู้นิพนธ์ก่อนส่งผู้ประเมินบทความ (Peer review)
- พิจารณาคัดเลือกผู้ประเมินบทความจำนวน 3 ท่านให้ตรงตามสาขาของเนื้อหาในบทความและมาจากหลากหลายสถาบัน
- ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขให้ตรงตามคำแนะนำของผู้ประเมินบทความ
- พิจารณา ตัดสิน กรณีคำแนะนำของผู้ประเมินบทความมีความเห็นไม่ตรงกัน ตลอดจนบทความที่ไม่ได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ประเมินบทความ
- แก้ไขและให้คำแนะนำข้อผิดพลาด การเขียนบทความเพื่อทำให้เกิดความกระจ่าง
- สร้างมาตรฐานของวารสารให้มีคุณภาพทุกขั้นตอนจนถึงขั้นตอนการเผยแพร่
- เก็บรักษาความลับของข้อมูล เอกสาร บทความของผู้นิพนธ์ ผู้ประเมินบทความ และเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด
- กรณีผู้ประเมินบทความคนใดคนหนึ่งพิจารณาปฏิเสธการตีพิมพ์ ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
- เผยแพร่บทความที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานให้แก่ผู้อ่านอย่างต่อเนื่องตรงเวลา
- แจ้งผลพิจารณา คัดกรอง ตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการหรือตามระเบียบวิธีวิจัยให้แก่ผู้นิพนธ์ทราบ
- แจ้งผลการพิจารณา ตัดสิน กรณีคำแนะนำของผู้ประเมินบทความมีความเห็นไม่ตรงกันให้แก่ผู้นิพนธ์ทราบ
- แจ้งผลการตัดสินของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ภายใต้ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร
- รับฟังข้อเสนอแนะจากผู้นิพนธ์ กรณีมีการอุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความอย่างเป็นธรรมและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)
- จัดพิมพ์คำแนะนำการเขียน รูปแบบ ระเบียบการส่งบทความ ขั้นตอนการส่งบทความ แก่ผู้ประเมินบทความผ่านเว็บไซต์วารสาร
- ให้คำแนะนำ ประสานระหว่างผู้นิพนธ์กับผู้ประเมินบทความ กรณีมีข้อขัดแย้งทางวิชาการและข้อคิดเห็น

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

- ส่งบทความตามรูปแบบที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขกำหนด
- แก้ไขบทความตามคำแนะนำของบรรณาธิการและผู้ประเมินบทความอย่างเคร่งครัด กรณีไม่แก้ไขในประเด็นที่เสนอแนะผู้นิพนธ์สามารถชี้แจงเหตุผลมายังวารสารได้
- บทความของผู้นิพนธ์จะถูกตรวจสอบความซ้ำซ้อนของเนื้อหา (Plagiarism)จากระบบ Thaijo ทั้งนี้หากร้อยละของความซ้ำซ้อนคิดลอกเกินร้อยละ 20 ผู้นิพนธ์จะต้องชี้แจงและแก้ไข
- ผู้นิพนธ์จะต้องส่ง แก้ไขบทความผ่านระบบ Thaijo และส่งตรงตามเวลากำหนด
- ผู้นิพนธ์จะต้องตรวจสอบบทความก่อนขึ้นระบบ Thaijo ทั้งนี้หากมีประเด็นผิดพลาดทางวารสารจะไม่ดำเนินการแก้ไขบทความที่ขึ้นระบบ Thaijo แล้ว
- บทความวิจัยจะต้องผ่านขั้นตอนจริยธรรมวิจัยหรือการพิทักษ์สิทธิจากหน่วยงาน
- ผู้นิพนธ์จะต้องสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ
- ผู้นิพนธ์จะต้องไม่ส่งบทความไปยังวารสารอื่น ๆ ในขณะที่รอพิจารณาตีพิมพ์
- ผู้นิพนธ์จะต้องไม่คัดลอกผลงานผู้อื่นมาเป็นผลงานของตนเอง

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

- ผู้ประเมินบทความจะต้องประเมินบทความผ่านระบบ Thaijo
- ผู้ประเมินทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของบทความตามระเบียบวิธีการวิจัย หลักวิชาการเป็นสำคัญส่วนรูปแบบการตีพิมพ์และการพิสูจน์อักษรถือเป็นประเด็นรอง
- ผู้ประเมินบทความจะไม่แสดงตนเองกับผู้นิพนธ์โดยยึดหลัก Double blind
- ผู้ประเมินจะไม่เรียกร้องผลประโยชน์จากผู้นิพนธ์
- ผู้ประเมินต้องประเมินบทความด้วยความยุติธรรมยึดหลักทางวิชาการเป็นสำคัญ
- กรณีบทความที่ผู้ประเมินคนใดคนหนึ่ง ใน 3 คนพิจารณาปฏิเสธการตีพิมพ์ ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
- ผู้ประเมินบทความต้องไม่ประสานงานหรือติดต่อผู้นิพนธ์โดยตรง ทั้งนี้หากมีความจำเป็นต้องปรึกษากับ ผู้นิพนธ์จะต้องให้บรรณาธิการเป็นผู้ประสาน
- ผลการพิจารณาบทความถือเป็นสิทธิ์ขาดของบรรณาธิการวารสาร
- ผู้ประเมินบทความสามารถเสนอแนะเอกสารอ้างอิงหรือแหล่งข้อมูลที่มีความทันสมัยและน่าเชื่อถือ