

พยาบาลและผดุงครรภ์กับการนำกราฟดูแลการคลอดไปใช้

Midwifery and Partograph

จารีศรี กุลศิริปัญญา*
Jareesri Kunsiripunyo

บทคัดย่อ

กราฟดูแลการคลอดเป็นกราฟที่นำมาใช้เพื่อบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับมารดาและทารกในครรภ์ สามารถเตือนพยาบาลและผดุงครรภ์ที่นำไปใช้ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดว่าเป็นไปอย่างปกติหรือไม่ เพื่อการตัดสินใจส่งต่อ, เร่งคลอด หรือเตรียมมารดาเพื่อรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายในเวลาที่เหมาะสม กราฟดูแลการคลอดเพียงแผ่นเดียวสามารถสรุปสถานะของมารดาและทารกในครรภ์ในระยะรอคลอด อย่างมีขั้นตอนและมีคุณภาพ พยาบาลและผดุงครรภ์มีความสำคัญมากเพราะเป็นผู้กราฟดูแลการคลอดไปใช้เพื่อป้องกันการคลอดล่าช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการใช้หัตถการในระยะคลอด และลดอัตราการตายของมารดาในระยะคลอดได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: พยาบาลและผดุงครรภ์, กราฟดูแลการคลอด

Abstract

The partograph is a graphic record of the progress of labour and relevant details of the mother and fetus. It was initially introduced as an early warning system to detect labour that was not progressing normally. This would allow for timely transfer to occur to a referral center, for augmentation or Caesarean section as required. It increases the quality and regularity of observations made on the mother and fetus, and it also serves as a one-page visual summary of the relevant details of labour. Midwifery is very important to assess progress of labour., and has been shown to be effective in preventing prolonged labour, in reducing operative intervention, and in improving the neonatal outcome.

Keywords: Midwifery, Partograph

บทนำ

อัตราการตายของมารดาในประเทศไทย มีอัตราสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2556 พบอัตราการตายของมารดาระหว่างคลอด คิดเป็น 26 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินกว่าที่กำหนดไว้ว่า ไม่เกิน 15 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดที่เนิ่นนาน และทำให้เกิดการตกเลือด , ติดเชื้อหรือ การคลอดที่ติดขัด ทำให้มดลูกแตก (กรมการแพทย์, 2556) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ ในปี 1989 องค์การอนามัยโลก ได้ริเริ่มโครงการ Safe Motherboard Initiative โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลดอัตราการตายและอัตราป่วยของแม่ เนื่องจากการตั้งครรภ์ และการคลอด ในโครงการนี้ World Health Organization (WHO) ได้นำแผ่นกราฟดูแลการคลอด (Partograph) มาเผยแพร่ โดยมุ่งหวังให้ประเทศสมาชิกต่างๆ ได้นำไปใช้ ดูแลมารดาขณะคลอด กราฟดูแลการคลอดนั้นดัดแปลงมาจาก Friedman curve และนำมาสร้างเป็นกราฟ (World Health Organization, 2014) โดยให้แกนแนวนอนเป็นเวลา ส่วนแนวแกนตั้งเป็นการเปิดขยายของปากมดลูกในหน่วยเซนติเมตร และเพิ่มข้อมูลต่างๆที่สำคัญและต้องบันทึกไว้ด้วย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจทารก การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก สัญญาณชีพของมารดา ยาที่มารดาได้รับ เป็นต้น ซึ่งแบบฟอร์มดังกล่าวถือว่าเป็นสากลทั่วโลก ในปัจจุบันกราฟดูแลการคลอด (Partograph) ถูกนำมาเป็นเครื่องมือช่วยติดตามดูแลการคลอด และสามารถบอกความผิดปกติได้แต่เนิ่นๆเพื่อจะได้อุปกรณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่มารดาและทารก ผู้ใช้กราฟดูแลการคลอด สามารถตัดสินใจได้วา เมื่อไรที่ต้องให้การช่วยเหลือ จากหลายๆการศึกษา แสดงให้เห็นแล้วว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ในการใช้กราฟดูแลการคลอดจนประสบความสำเร็จสามารถช่วยลด อัตราตายของมารดาและทารก (Udeme Asibong et al, 2014) ในประเทศไทยพยาบาลและผดุงครรภ์เป็นผู้ที่ใกล้ชิดมารดาในระยะรอคลอดมากที่สุด และนำกราฟดูแลการคลอดมาใช้เมื่อมารดาเริ่มเจ็บครรภ์จริงเพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าเมื่อไรควรส่งต่อผู้ป่วยเมื่อไรควรตัดสินใจรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาคลอด หรือเมื่อไรต้องให้การรักษารวดเร็วในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าสามารถลดอัตราการตายของมารดาและทารกลงได้ พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้คลอด และมีบทบาทโดยตรงในการใช้กราฟดูแลการคลอด (Partograph) เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด หากพบว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลให้การคลอดผิดปกติ พยาบาลและผดุงครรภ์เป็นบุคคลแรกที่ควรให้ความช่วยเหลือ และสามารถรายงานให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อช่วยหาทางแก้ไข ให้มารดา ทารกได้รับความปลอดภัย จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการนำกราฟดูแลการคลอด (Partograph) มาใช้ด้วยความเข้าใจ เพื่อช่วยให้การคลอดดำเนินไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

องค์ประกอบของกราฟดูแลการคลอด

กราฟดูแลการคลอดประกอบด้วย 3 ส่วน (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, มปป) คือ การบันทึกภาวะของทารกในครรภ์ (Condition of fetus) การบันทึกความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์ (Progress of labor) และการบันทึกภาวะของมารดา (Condition of mother)

สิ่งที่ต้องบันทึกใน Partograph

1. การบันทึกสภาวะทารกในครรภ์ อยู่ส่วนบนสุดของ partograph แบ่งเป็น

1.1 อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (FHR) เป็นจำนวนครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal heart rate) ตารางบนสุดของแผ่น partograph แต่ละช่องเท่ากับ 10 ครั้ง/นาที เริ่มตั้งแต่ 100 – 180 ครั้ง/นาที การบันทึกให้ทำทุก 1 ชั่วโมงหรือ ครึ่งชั่วโมง โดยใช้เครื่องหมาย “. ” จุด

1.2 ลักษณะเยื่อหุ้มทารก (membranes) น้ำคร่ำ (liquor) ทั้งจำนวนและสี ลักษณะของเยื่อหุ้มทารกและลักษณะของน้ำคร่ำ (Membranes and liquor) ช่องบันทึกอยู่ต่ำกว่า FHR ลงมา จะทำการบันทึกเมื่อมีการตรวจภายในโดยใช้ตัวย่อแทนคือลักษณะของเยื่อหุ้มทารก ดังนี้

I = membranes intact (ถุงน้ำยังไม่แตก)

R = membranes rupture (ถุงน้ำแตกแล้ว)

SRM = spontaneous rupture of membranes (ถุงน้ำแตกเอง)

ARM = artificial rupture of membranes (เจาะถุงน้ำ)

C = clear liquor draining น้ำคร่ำใสปกติ

M = meconium stained liquor draining น้ำคร่ำมีขี้เทาปน

A = ถุงน้ำแตกแล้วแต่ตรวจภายในไม่พบน้ำคร่ำ

B = blood stained (น้ำคร่ำมีเลือดปน)

1.3 การปรับตัวของศีรษะทารก (moulding) เป็นภาวะปกติของทารกในขณะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อลดความกว้างของกะโหลกศีรษะ(BPD)เพื่อสะดวกในการผ่านเข้าสู่อุ้งเชิงกราน และช่องคลอด ในกรณีที่ moulding มากเกินไป อาจแสดงถึงขนาดทารกที่โตเกินไปสำหรับเชิงกรานมารดา การบันทึกใช้สัญลักษณ์ดังนี้

○ ศูนย์สำหรับภาวะปกติของกะโหลกศีรษะ ทารกโดยกระดูกกะโหลกของศีรษะทารก จะแยกห่างพอสมควร สามารถคลำ sagittal suture ได้ชัดเจน

+ กะโหลกศีรษะเคลื่อนมาชิดกันพอดีทำให้คลำร่องตรงกลางกะโหลกศีรษะไม่ชัดเจน จะได้เป็นเส้น

++ มีการเกยกันของกะโหลกศีรษะ (overlapping) คลำได้กะโหลกเหลื่อมกันอยู่

+++ มีการเกยกันของกะโหลกศีรษะมาก (severe overlapping) คลำได้กะโหลกเหลื่อมกันมากกว่า 0.5

เซนติเมตร

2.การบันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (Progression of labour)

กราฟดูผลการคลอดใช้บันทึกความก้าวหน้าของการคลอด (Progression of labour) ในระยะที่ 1 ของการคลอดเท่านั้น (Oladapo OT et al, 2006) โดยบันทึก ใน Latent phase (ระยะปากมดลูกเปิดช้า) และ Active phase (ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว)

1. ระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase) เริ่มตั้งแต่เจ็บครรภ์คลอดจริง(มดลูกบีบรัดตัวสม่ำเสมอ อย่างน้อย 2 ครั้งใน 10 นาทีนานไม่น้อยกว่า 20 วินาที) จนปากมดลูกเปิด ประมาณ 3 ซม. ปกติระยะนี้ไม่เกิน 8 ชม. ถ้านานกว่า 8 ชั่วโมง ต้องตรวจหาค่าสาเหตุหรือส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

2.ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) เริ่มตั้งแต่ปากมดลูกเปิด 3 ซม.ขึ้นไป (ร่วมกับการเจ็บครรภ์จริง) จนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมด (ปกติการบีบรัดตัวที่ดีคือ 3 ครั้งใน 10 นาทีนาน 40-60 วินาที) ระยะนี้จะมีอัตราการขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง หรือมากกว่านี้

3. เส้น Alert line เป็นเส้นที่ลากจากตำแหน่ง 3 เซนติเมตร ไปยังตำแหน่ง 10 เซนติเมตรในแนวทแยง แทนอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง โดยเริ่มที่ตำแหน่งชั่วโมงที่ 8 เมื่อลากผ่าน alert line หมายถึงปากมดลูกเปิดช้ากว่า 1 เซนติเมตร/ชั่วโมง จะทำให้ระยะการคลอดยาวนาน ขึ้น จึงควรตัดสินใจส่งต่อหรือถ้ามีความพร้อมทำคลอดได้ทุกวิธีก็ดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

4. เส้น Action line เป็นเส้นที่ลาก ขนานกับเส้น Alert line ไปทางขวา 4 ชั่วโมง ถ้าลากมาถึงหรือผ่านเส้น action line แสดงว่าความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้ามาก ต้องรีบหาสาเหตุและให้การรักษาทันที

การบันทึกความก้าวหน้าของการคลอดประกอบด้วย

1. การเปิดขยายของปากมดลูก (Cervical dilatation) จะมีตารางเพื่อบันทึกกราฟในแนวตั้งจะแบ่งเป็น ช่อง ซึ่งแสดงถึงการเปิดของปากมดลูก 1 ช่องเท่ากับ 1 เซนติเมตร แนวนอนจะแบ่งเป็น 24 ช่อง จาก 0 ถึง 24 ซึ่งแสดงถึงจำนวนชั่วโมง 1 ช่อง = 1 ชั่วโมง ของการเปิดของปากมดลูกให้บันทึกด้วยเครื่องหมาย กากบาท "X" การตรวจภายในครั้งแรกต้องตรวจดูการเปิด ของปากมดลูก ,ความบางตัว (Effacement), สภาพของถุงน้ำ ระดับของส่วนนำ(Station), ความกว้างของทางคลอด (ความชัดเจนของ ischial spine) และความโค้งของกระดูก sacrum การบันทึกเมื่อผู้คลอดมาในระยะ Latent phase ให้เริ่มบันทึกตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง และการบันทึกเมื่อผู้คลอดมาในระยะ Active phase ให้เริ่มบันทึกเมื่อปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร.การบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูกให้ทำบนเส้น Alert line ด้วยเครื่องหมาย "X" ลงเวลาที่ตรวจในช่องเวลาให้ตรงกับ "X"

2. การเคลื่อนต่ำลงของศีรษะทารก (Descent of fetal head)

ความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์คลอดที่ดีต้องมีการเปิดของปากมดลูก ประเมินโดยการตรวจทางหน้าท้องเหนือกระดูกหัวหน้า และแบ่งเป็น 5 ระดับโดยใช้บริเวณหน้าผาก (Sinciput = S) และท้ายทอย (Occiput = O) เป็นจุดเปรียบเทียบ (Landmark) รวมทั้งส่วนนำ(Vertex = V) โดยใช้นิ้วมือชิดกัน 5 นิ้ว

ระดับ 5/5 ศีรษะทั้งหมดอยู่เหนือกระดูกหัวหน้า ดังนั้น O,S และ V จะอยู่เหนือกระดูกหัวหน้า โดยใช้ นิ้วมือชิดกัน 5 นิ้ว

ระดับ 4/5 คลำ Occiput ได้ชัดเจน Sinciput อยู่สูงจะได้ 4 นิ้วมือชิด

ระดับ 3/5 Occiput พอคำได้ Sinciput คลำได้ชัดเจน วัดทางหน้าท้องจะได้ 3 นิ้วมือชิด

ระดับ 2/5 Occiput ถึงกระดูกหัวหน้า Sinciput พอคำได้ระดับ Vertex อยู่ตรง ischialspine ตรวจทางหน้าท้องได้ 2 นิ้วมือชิด

ระดับ 1/5 คลำได้แต่ Sinciput 1 นิ้วเหนือกระดูกหัวหน้า

ระดับ 0/5 คลำไม่ได้เลยทั้ง O, S, และ V

การบันทึกกราฟระดับศีรษะทารก ใช้ตารางเดียวกับการเปิดของปากมดลูก โดยในแนวตั้งซ้ายมือสุดจะกำหนดระดับตั้งแต่ตั้งแต่ 0 ถึง 5 (Descent of head) แต่ละช่องมีตัวเลขกำกับเช่นเดียวกับการเปิดขยายปากมดลูก การบันทึกใช้วงกลม “O” เป็นเครื่องหมายแทน และช่วงเวลาของการบันทึกก็เช่นเดียวกับการเปิดขยายของปากมดลูก ให้ลากเส้นตรงเชื่อมระหว่างเครื่องหมาย “O” แต่ละจุดเนื่องจากการตรวจทางหน้าท้องอาจไม่ได้รับการฝึกหัดมาก่อน จึงอาจใช้การตรวจภายในแทน แต่ถ้าหากมี Caput succedaneum ใหญ่ๆ ก็ควรตรวจทางหน้าท้องเปรียบเทียบการตรวจระดับศีรษะทางหน้าท้องกับการตรวจภายใน Station จากการตรวจภายใน การเคลื่อนลงของศีรษะจากการตรวจทางหน้าท้อง

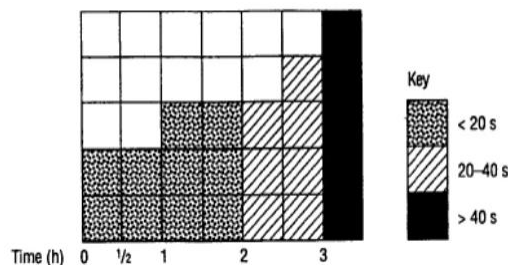
เปรียบเทียบการตรวจระดับศีรษะทางหน้าท้องกับการตรวจภายใน

Stationจากการตรวจภายใน	การเคลื่อนต่ำลงของศีรษะจากการตรวจหน้าท้อง
- 2	(Float)5/5
- 1	4 (4/5)
0	3 (3/5)
+ 1	2 (2/5)
+ 2	1 (1/5)

3. การบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Uterine contraction) ความก้าวหน้าของการคลอดที่ดีต้องมีการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกที่ดีด้วย การบีบรัดตัวประกอบด้วยความถี่ (frequency) นับเป็นจำนวนครั้งใน 10 นาที และระยะเวลาของการแข็งตัว (duration) แต่ละครั้งเป็นวินาที โดยมีหลักเกณฑ์ในการบันทึก คือ

3.1. แต่ละช่องมีค่าเท่ากับ 1 contraction เช่น สำหรับ 2 contraction ต้องใช้ 2 ช่องสำหรับความถี่

3.2. การบันทึกระยะเวลาของการบีบรัดตัว ทำโดยการระบายด้วยปากกา หรือดินสอในลักษณะดังนี้



การแปลผลการบันทึกจากภาพ เป็นดังนี้

ครึ่งชั่วโมงแรก มดลูกบีบรัดตัว 2 ครั้ง แต่ละครั้ง นานไม่ถึง 20 วินาที

ครึ่งชั่วโมงที่ 3 มดลูกบีบรัดตัว 3 ครั้ง แต่ละครั้ง นาน น้อยกว่า 20 วินาที

ครึ่งชั่วโมงที่ 6 มดลูกบีบรัดตัว 4 ครั้ง แต่ละครั้ง นาน 20 - 40 วินาที

ครึ่งชั่วโมงที่ 7 มดลูกบีบรัดตัว 5 ครั้ง แต่ละครั้ง นานกว่า 40 วินาที

สภาวะของมารดา (Maternal condition)

การบันทึกสภาวะของมารดา จัดอยู่ในช่วงสุดท้ายของแผ่นกราฟ ได้แก่ Vital signs ในส่วนบนและการตรวจปัสสาวะในส่วนล่างการบันทึก Vital signs แบ่งเป็น ความดันโลหิต Blood pressure (BP) กับ ชีพจร (Pulse rate) จะอยู่ในตารางบน ส่วนอุณหภูมิร่างกายจะอยู่ตรงกลาง โดยมีวิธีการบันทึก ดังนี้คือ

ความดันโลหิต : ให้ใช้เครื่องหมาย \updownarrow แทนโดยลูกศรบนชี้ที่ตำแหน่ง systolic BP และลูกศรล่างชี้ที่ตำแหน่ง diastolic BP

ชีพจร : ให้ใช้เครื่องหมาย ● แทน และบันทึกลงตรงตำแหน่งเลขข้ายมือและให้ตรงกับเวลาที่บันทึก

อุณหภูมิร่างกาย : ให้ใช้ตัวเลขกำกับลงไปเลย (องศาเซลเซียส)

ความถี่ของการบันทึก ให้ขึ้นอยู่กับแบบแผนของห้องคลอดนั้นๆ เช่น วัดความดันโลหิตและชีพจรทุก 1 ชั่วโมงและวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมงเป็นต้น ในกรณีที่มีความเสี่ยงบางอย่างอาจต้องวัดให้บ่อยมากขึ้นการตรวจปัสสาวะ ที่กำหนดให้มี 3 อย่าง คือ การตรวจ protein, acetone และ จำนวน (volume) ความถี่ในการบันทึกขึ้นกับห้องคลอดในแต่ละแห่ง ในประเทศไทยนิยมการตรวจ urine sugar และ protein ในขณะที่แรกเริ่ม ไม่นิยมตรวจ acetone

การใช้ยาและการรักษา

แบ่งเป็นสองส่วนคือ การให้ Oxytocin และการยาและสารน้ำต่างๆ ส่วนนี้จะอยู่เหนือต่อการบันทึกสภาวะของมารดา หรืออยู่ใต้การบันทึกการบีบรัดตัวของมดลูก

1 การให้ Oxytocin ไม่จำเป็นต้องให้ทุกราย การให้oxytocin มีอยู่ 2 กรณีคือ ไขก่อกให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด (Medical induction) และช่วยเสริมการเจ็บครรภ์คลอด (Augmentation) ในกรณีที่ใช้ oxytocin ให้ระบุจำนวนตัวเลขในช่อง ‘oxytocin’ U/500 ml (U=unit) เช่น 5 หรือ 10 unit และระบุจำนวนหยด (ควรใช้เป็น microdrip) ต่อนาทีในช่องด้านล่าง เช่น เริ่มจาก 10 microdrops/นาที

2 การให้ยาและการรักษา ให้บันทึกในช่องที่กำหนดไว้ได้ต่อช่องของ oxytocin เช่น ให้ 5%D/NSS 1000 cc ให้ยาแก้ปวด, ยาลดความดันโลหิต (Nepresol) หรือ magnesium sulfate เป็นต้น ให้ระบุเวลาที่ให้ยาหรือสารน้ำด้วย

เมื่อบันทึกกราฟดูแลการคลอดแล้ว สามารถนำมาประเมินความก้าวหน้าของการคลอดว่าผิดปกติหรือไม่ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อไป

บทบาทพยาบาลและผดุงครรภ์กับการนำกราฟดูแลการคลอดไปใช้

เมื่อพบความผิดปกติของความก้าวหน้าของการคลอดให้พยาบาลประเมินดังต่อไปนี้

1 ระยะ latent phase ยาวนานผิดปกติ (prolonged) ถ้าหญิงตั้งครรภ์มาโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลในระยะ latent phase (ปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร) และอยู่ในระยะนี้ต่อไปนานมากกว่า 8 ชั่วโมง ถือว่าผิดปกติต้องให้การรักษา หรือในสถานพยาบาลที่ไม่มีความพร้อม ต้องรีบส่งตัวไปรักษา

ต่อทันที

2 เมื่อเสนกราฟลากผ่านเส้น alert line ในระยะ active phase ที่ปกติเสนกราฟที่เกิดจากการเปิดขยายของปากมดลูกจะอยู่บนดานชายหรืออยู่บน เส้น alert line ซึ่งบ่งถึงอัตราการเปิดขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตรต่อชั่วโมง หรือมากกว่า แต่ถาสเสนกราฟลากผ่านเส้น alert line ไปทางขวาจะเป็นสัญญาณเตือนวาระยะเวลาของการเจ็บครรภ์คลอดอาจจะยาวนานกว่าปกติ

ในกรณีที่เส้นกราฟลากผ่านเส้น alert line ไปทางขวา ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 ในสถานพยาบาลที่ไม่พร้อมสำหรับการคลอดผิดปกติหรือต้องใช้วิธีการผ่าตัด เช่น สถานื่อนอนมัยหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ให้รีบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว ไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากกว่า ยกเว้นว่าใกล้คลอดมากแล้วและประเมินแล้วว่าสามารถคลอดเองได้ ความจำเป็นในการส่งต่อในขณะนี้เพื่อให้สถานพยาบาลที่รับหญิงตั้งครรภ์ดังกล่าว มีเวลาพอเพียงในการดูแล และประเมินความก้าวหน้าของการเจ็บครรภ์เมื่อเส้นกราฟลากถึงเส้น action line

2.2 ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม ให้เจ้าหน้าที่เอาใจใส่และติดตามดูแลความก้าวหน้าอย่างใกล้ชิด ภายใต้มองเฝ้าระวังน้ำก็ให้ทำในระยนี้

3 เมื่อเส้นกราฟลากถึงหรือเลยเส้น action line ดังใดกล่าวแล้ววาเส้น action line คือเส้นที่ลากขนานกับเส้น alert line ไปทางขวา ห่างกัน 4 ชั่วโมง เมื่อเส้นกราฟลากมาถึงหรือลากผ่าน action line ต้องรีบหาสาเหตุของความล่าช้า และให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป ขั้นตอนนี้ควรทำในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมเท่านั้น

เพื่อให้เห็นบทบาทที่ชัดเจนพยาบาลผดุงครรภ์ควรใช้กราฟดูแลการคลอดเป็นเครื่องมือในการติดตามการคลอด และให้ความช่วยเหลือตามขอบเขตของวิชาชีพให้สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

1. แนวทางการปฏิบัติให้เริ่มบันทึกเมื่อ
 - 1.1 เริ่มเจ็บครรภ์จริง
 - 1.2 ฝูงน้ำคร่ำแตก ยังไม่เจ็บครรภ์และเริ่มให้ Oxytocin
 - 1.3 เจาะฝูงน้ำ ไม่ว่าจะให้ Oxytocin ไม่ว่าจะเริ่มให้ Oxytocin มาก่อนหรือไม่
 - 1.4 ถ้าเร่งคลอด ให้บันทึกเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริงหรือเมื่อฝูงน้ำแตก
2. การตรวจภายใน ให้ทำทุก 4 ชั่วโมง ทุก 1-2 ชั่วโมงถ้ามีข้อบ่งชี้
3. การวัด Vital signs ให้ทำตามความเหมาะสมแต่ละแห่งแต่ไม่ควรนานเกิน 4 ชม.
4. การตรวจการหดตัวของมดลูก ให้ทำ ทุก 2 ชม. ใน latent phase ทุก 1 ชม. ใน active phase หรือเมื่อให้ Oxytocin ให้ทำตรวจก่อนการเพิ่มจำนวนหยด
5. การตรวจการเคลื่อนต่ำลงของศีรษะทารกหน้าท้อง ต้องทำก่อนการตรวจภายในทุกครั้ง
6. การฟัง FHS ต้องทำ ทุก 1 ชั่วโมงใน latent phase และ ทุก 1/2 ชม. ใน active phase หรือเมื่อให้ Oxytocin
7. เมื่อ Prolonged latent phase (มากกว่า 8 ชั่วโมง) ให้ประเมินทางคลินิก (medical assessment) ถ้าปกติ ดูวาเป็น true labor pain หรือไม่ ถ้าเป็นให้เจาะฝูงน้ำและให้ Oxytocin หลังให้ครบ 8 ชั่วโมงถ้ายังไม่เข้า active phase ให้นำไปผ่าตัดคลอด
8. เมื่อเส้นกราฟเลยไปอยู่ระหว่าง alert line และ action line ให้เจาะฝูงน้ำ ยังไม่ต้องให้ Oxytocin และให้ประเมินการตรวจภายในหลังจากครบ 4 ชั่วโมง
9. เมื่อกราฟลากผ่านเส้น action line ให้ประเมินทางคลินิก (medical assessment) ถ้าปกติให้ปฏิบัติดังนี้
 - 9.1 ให้สารน้ำเขาหลอดเลือด
 - 9.2 ให้ปัสสาวะเองหรือสวนปัสสาวะ
 - 9.3 ให้ยาแก้ปวดถ้าปวดมาก
 - 9.4 เริ่มให้ Oxytocin ถ้ายังไม่ได้ให้มาก่อนและมดลูกหดตัวไม่ดี
 - 9.4 ถ้า 3 ชั่วโมงแล้วไม่มีความก้าวหน้า ให้เตรียมมารดาเพื่อพร้อมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

บทสรุป

กราฟดูแลการคลอด (partograph) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลและผดุงครรภ์ติดตามมารดาและทารกใน ระยะที่ 1 ของการคลอด สามารถคัดกรองการคลอดผิดปกติได้รวดเร็ว หรือการส่งต่อ และสามารถลดอุบัติการณ์ การ ป่วย และตายของมารดา และทารกปรกติกำเนิดได้ สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลการคลอด

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2556). *แม่รอด ลูกปลอดภัย*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ตุลาคม 2559, จาก http://www.pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot
- สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล. *คู่มือการใช้กราฟดูแลการคลอด สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. (เอกสารอัดสำเนา).
- Agan TU, et al. (2010). Trends in maternal mortality at the University of Calabar Teaching Hospital, Nigeria, 1999-2009. *Int J Womens Health*, 2, 249-254.
- Dolea C & AbouZahr C. (2003). *Global burden of obstructed labour in the year 2000. Evidence and information for policy (EIP)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Fawole AO, et al. (2008). Knowledge and utilization of the partograph among obstetric care givers in south west Nigeria. *Afr. J Reproductive Health*. 12(1), 22-29.
- Opiah MM, et al.(2012). Knowledge and utilization of the partograph among midwives in the Niger Delta Region of Nigeria. *Afr J Reprod Health*. 16(1), 125-132.
- Oladapo OT, et al (2006). Knowledge and use of the partograph among healthcare personnel at the peripheral maternity centres in Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 26(6), 538-541.
- World Health Organization.(2014, September 9) .*Beyond the Numbers. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*. Retrieved October 23, 2016, from <http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591838.pdf>.
- World Health Organization. (2014, September 9). *Preventing Prolonged Labour: a practical guide. The partograph. Part I: Principles and Strategy*. Retrieved October 23, 2016, from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.8.pdf.
- World Health Organization. (2014, September 9). *Preventing Prolonged Labour: a practical guide. The partograph. Part II: User's Manual*. Retrieved October 23, 2016, from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.9.pdf.
- World Health Organization. (1999) .*Reduction of maternal mortality. A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

วัยรุ่นตั้งครรภ์: จุดเปลี่ยนที่ท้าทาย Teenage Pregnancy : Turning Point Challenge

จารีศรี กุลศิริปัญญา*

Jareesri Kunsiripunyo, R.N., M.N.S., Ph.D.

บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน เมื่อได้ยินด้านลบของวัยรุ่นตั้งครรภ์มักทำให้ผู้เกี่ยวข้องรู้สึกยุ่งยาก ลำบากใจ ทั้งๆที่ทราบความจริงกันอยู่แล้วว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ยากลำบากสำหรับมารดาและทารก ทั้งเรื่องความเสี่ยงในด้านสุขภาพ การหยุดพักการศึกษา การใช้ยาและสารเสพติด การทารุณกรรมเด็ก, ความรุนแรงในครอบครัว, ความยากจน, ภาวะซึมเศร้า และอื่นๆ แทนที่จะมองว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นความล้มเหลวควรเปลี่ยนมุมมองว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์อาจจะเป็น เป็นจุดเปลี่ยนที่ท้าทาย เพราะสำหรับสำหรับวัยรุ่นบางคนการตั้งครรภ์ช่วยให้ชีวิตพวกเขาประสบความสำเร็จมากขึ้น หากเรามีกลุ่มให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และสามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลที่ช่วยให้พวกเขาผ่านช่วงชีวิตจริงที่สำคัญนี้ไปได้

คำสำคัญ: วัยรุ่นตั้งครรภ์, จุดเปลี่ยนที่ท้าทาย

Abstract

At present, we are all a little tired of hearing the negative aspects of teenage pregnancy. We know that teenage pregnancy is a difficult time for mother and baby to face health problems, finish their educations, an increased risk for drugs and substance abuse, violence, child abuse, domestic violence, poverty, depression, and the list goes on. Instead of looking that teenage pregnancy is failing. We looking at the different view, Teenage pregnancy can be a turning point challenging time. For some teens, pregnancies actually helped them to lead more successful lives. That's why we have created a specialized support group just for pregnant teens to help them through this critical period real-life experiences.

Keywords: teenage pregnancy, Turning Point Challenge

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในกลุ่มแม่วัยรุ่น อายุระหว่าง 13-19 ปี เป็นปัญหาในสังคมที่สะสมอย่างต่อเนื่อง จากสถิติสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) พบว่าภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยได้ลดต่ำกว่าระดับทดแทน อัตราการเจริญพันธุ์รวมได้ลดลงถึงระดับ 1.5 ซึ่งจากการสำรวจประชากรหญิง 1,000 คน ปี 2539 มีการตั้งครรภ์ 31 คน และในปี 2554 ลดลงเหลือ 24 คน ขณะที่อัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่น อายุ 15 -19 ปี ต่อหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ในช่วง 11 ปีมีแนวโน้มสูงขึ้นมาเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี 2546 ถึง ปี 2550 และลดลงใน

ปี 2551 ที่อัตรา 39.79 หลังจากนั้นก็มีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี 2554 มีอัตราสูงสุดที่ 46.60 และค่อยๆลดลง ในปี 2556 ที่อัตรา 41.54 อนาคตประเทศไทยอาจต้องเผชิญปัญหา “เด็กด้อยคุณภาพ” ถ้าสถานะการมีบุตรของวัยรุ่นไทยไม่ได้รับการแก้ไขปัญหอย่างแท้จริง การพัฒนาคุณภาพประชากรต้องเริ่มตั้งแต่การเกิด โดยมีการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ก่อน ตั้งครรภ์ดูแลครรภ์ขณะคลอด และหลังคลอดทั้งแม่และทารก การเกิดที่มีคุณภาพจะต้องเป็นผลมาจากการตั้งครรรภ์ที่ผู้หญิงมีความพร้อมและตั้งใจ การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนนอกจากเป็นสาเหตุการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีเพิ่มขึ้น (วัลยา ธรรมพนินวัฒน์, 2553) ยังเป็นสาเหตุของการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมและไม่ตั้งใจอีกด้วย จะเห็นได้ว่าในช่วง ปี 2551 –2555 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของเยาวชนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายและยุทธศาสตร์พัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 ดำเนินการในปี 2553-2557 มีจุดประสงค์ข้อหนึ่งคือ ลดปัญหาการตั้งครรรภ์ของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปีก็ตาม แต่ประเทศไทยยังคงมีสถิติผู้หญิงตั้งครรรภ์โดยมีอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา เรามีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นตั้งครรรภ์กันอย่างกว้างขวางในหลายๆแง่มุม เช่นการหาสาเหตุของการตั้งครรรภ์ ปัญหาด้านสุขภาพในระยะตั้งครรรภ์และระยะคลอด ปัญหาด้านจิตสังคม ปัญหาการทารุณกรรมและสัมพันธ์สุขภาพของมารดาและทารก ปัญหาด้านการปรับตัวและแบบแผนในการดำเนินชีวิต เป็นต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาดังกล่าว ทำให้เราได้ผลการวิจัยที่หลากหลายประเด็น เช่นทราบสาเหตุว่าส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่พร้อม ขาดความรู้ในการป้องกันทั้งก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้เกิดการตั้งครรรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเสี่ยงต่อการทำแท้งผิดกฎหมาย และส่งผลกระทบต่อเด็กที่จะเกิดมา (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรพลชัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) หลายหน่วยงานพยายามเข้ามาช่วยแก้ไข ปัญหาในหลากหลายรูปแบบเพื่อนำไปหาทางป้องกันแก้ไข แต่สถิติการตั้งครรรภ์วัยรุ่นกลับมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) คงถึงเวลาแล้วที่สังคมไทยต้องยอมรับความจริงว่าวิธีการแก้ปัญหาโดยการพยายามลดจำนวนมารดาวัยรุ่น ควรต้องทำควบคู่ไปกับการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์แล้วให้สามารถผ่านช่วงวิกฤติของชีวิตไปได้ แทนที่จะมองในเชิงลบ ควรมองเป็นโอกาสในการเรียนรู้ชีวิตจริง เป็นจุดเปลี่ยนที่ท้าทายให้มารดาวัยรุ่นผ่านประสบการณ์จริง และสร้างกลุ่มเพื่อสนับสนุน ปรึกษาประคองกันและกัน ให้เกิดมุมมองใหม่ในการดำเนินชีวิต

ผลกระทบของการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น

ผลกระทบของการตั้งครรรภ์ที่มีต่อตัววัยรุ่นตั้งครรรภ์ มีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว และสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการตั้งครรรภ์ในสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีได้ทั้งในระยะตั้งครรรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรรภ์ ได้แก่ การมีภาวะโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรรภ์ การแท้งบุตร และการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรรภ์มักจะขาดความสนใจในการดูแลตนเอง มีการฝากครรรภ์ล่าช้า หรือไม่มีการฝากครรรภ์ สำหรับภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ได้แก่ การที่ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานมารดา และภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด ได้แก่การตกเลือดหลังคลอด และมีการฉีกขาดของหนทางคลอดมาก (Pillitteri, 1995) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะสามารถป้องกันได้โดยวัยรุ่นตั้งครรรภ์ มีการไปฝากครรรภ์ตั้งแต่วัยระยะไตรมาสแรกของการตั้งครรรภ์และฝากครรรภ์อย่างเนื่อง วัยรุ่นตั้งครรรภ์มักจะไปฝากครรรภ์ล่าช้า เนื่องจากไม่ยอมรับการตั้งครรรภ์ มีความยุ่งยากเกี่ยวกับการวางแผนอนาคตของตนเอง และมีฐานะยากจน ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรรภ์ของวัยรุ่นจะมากกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า 20 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีฐานะยากจน เกิดภาวะทุพโภชนาการ ไม่ได้ฝากครรรภ์หรืออายุน้อยกว่า 17 ปี ยิ่งอายุน้อยเท่าใดก็ยิ่ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรรภ์ทั้งในระยะการคลอด ระยะคลอดและหลังคลอดได้มากขึ้น

ผลกระทบที่เกิดกับทารกได้แก่การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย นอกจากนี้ในระยะยาวยังพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถเรียนรู้และเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร ไม่มีความอดทนในการตั้งครรรภ์ทำให้เกิดการทำแท้ง หรือถ้าคลอดบุตรการเลี้ยงดูบุตรจึงอาจทำให้เกิดการทอดทิ้งบุตร ทำร้ายร่างกายหรืออาจถึงขั้นฆ่าบุตรของตนได้

(ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, ชลัญชร โยธาสมุทร, อภิญญา มัดเดช, และณัฐจรัส เองมัทสกุล, 2556) ทารกที่เกิดจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ยากจนมักมีภาวะทางโภชนาการที่ต่ำ ส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคม อีกทั้งมารดาในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมด้วยจากการศึกษาของเฟอร์สเตนบอร์กและคณะ (Furstenberg et. al, 1987 cited in May & Mahlmeister, 1994) พบว่าผลกระทบต่อบุตรในวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งศึกษาติดตามบุตรของมารดาวัยรุ่นในช่วง 17 ปีต่อมา พบว่าส่วนใหญ่จะมีความล้มเหลวทางด้านการเรียน โดยร้อยละ 50 มีการเรียนซ้ำชั้น ร้อยละ 40 มีปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวินัย ขาดเรียน มีพฤติกรรมรุนแรงและถูกพักการเรียน (สุพิชฌาย์ สีหะวงษ์, 2554) ส่วนหนึ่งมีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์เร็วและมีปัญหาการตั้งครรภ์ ส่วนหนึ่งมีปัญหาการหนีออกจากบ้าน มีปัญหาด้านกฎหมาย และมีปัญหาการใช้สารเสพติด

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะมีอารมณ์แปรปรวนง่าย มักครุ่นคิดถึงแต่เรื่องของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าเป็นการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมหรือเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสจะทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความกลัวว่าผู้ปกครองจะรู้วิตกกังวล สับสนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกอับอาย บางคนอาจไม่ต้องการทารกในครรภ์ ละแ่ไขปัญหาด้วยการทำแท้ง (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2555) นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการยอมรับจากบิดาของทารกในครรภ์ถูกปฏิเสธความรับผิดชอบ ถูกทอดทิ้ง หรือไม่ได้รับการยอมรับจากบิดามารดาอาจทำให้สตรีวัยรุ่นรู้สึกไร้คุณค่า และอาจฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

3.ผลกระทบต่อครอบครัว บิดามารดาและสมาชิกในครอบครัวของวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสหรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน มักจะมีความโกรธ ผิดหวังและอับอายเมื่อทราบว่าบุตรสาวตั้งครรภ์จึงมักไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ และถูกฝ่ายชายปฏิเสธ ไม่รับผิดชอบ อาจมีการกีดกัน ไม่ให้ฝ่ายชายเกี่ยวข้องกับบุตรที่เกิดมา (สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2555) บางครอบครัวอาจต้องมีภาระหรือมีปัญหาการเลี้ยงดูทั้งมารดาวัยรุ่นและบุตรที่เกิดมาเพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย จึงอาจนำมาซึ่งความเครียดของครอบครัวได้

4.ผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อสังคมอันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ปัญหาเกี่ยวกับการทำแท้ง ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและศีลธรรม นอกจากนี้การที่สังคมต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูเด็กที่ถูกทอดทิ้งและมีปัญหาครอบครัว ทำให้รัฐบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องการเลี้ยงดูการจัดการศึกษา การรักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคมอื่น ๆ แก่เด็กเหล่านั้นเป็นจำนวนมากในแต่ละปีด้วย วัยรุ่นตั้งครรภ์โดยเฉพาะถ้าเป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสหรือตั้งครรภ์ในวัยเรียน อาจถูกตำหนิติเตียนและไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ทำให้ต้องแยกจากสังคม กลุ่มเพื่อน (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557) และถ้าไม่ได้รับการยอมรับจากฝ่ายชาย อาจต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง นอกจากนี้ ถ้ามีการสมรสเกิดขึ้นมักพบว่าอัตราการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มครอบครัววัยรุ่น (อดิณา ศรีสมบุญ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร, 2554)

จากผลกระทบดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ ต้องแบกรับปัญหาต่างๆ เป็นช่วงวิกฤติในชีวิต การจะก้าวข้ามผ่านช่วงนี้ไปได้ตัววัยรุ่นเองต้องมีการปรับตัวอย่างมาก และต้องสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจหรือตามพัฒนาการของการตั้งครรภ์ตามขั้นตอน (Duvall, A, 1977) หากสามารถเผชิญปัญหาขณะตั้งครรภ์และปฏิบัติตามขั้นตอนของพัฒนาการในขณะตั้งครรภ์ได้สำเร็จจะทำให้ข้ามผ่านจุดเปลี่ยนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พัฒนกิจของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ตามพัฒนาการของการเป็นมารดาจะตั้งครรภ์จะสามารถปรับตัวเข้ารับบทบาทของการเป็นมารดาซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการของการเป็นมารดาในระยะต่อไปได้ ซึ่งพัฒนาการในระยะตั้งครรภ์ มีดังต่อไปนี้ (May & Mahlmeister, 1994)

1. การยอมรับการตั้งครรภ์ (Accepting the pregnancy) โดยทั่วไปการตั้งครรภ์นำมาซึ่งความยินดีและความสุขแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวถ้าการตั้งครรภ์นั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่มีการวางแผนและมีความพร้อมสำหรับการมีบุตร ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มีการยอมรับการตั้งครรภ์ได้ง่าย ในทางตรงข้ามถ้าการตั้งครรภ์นั้น เป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อม เช่น การตั้งครรภ์นอกสมรส ตั้งครรภ์ในวัยเรียน วัยรุ่นตั้งครรภ์จะรู้สึกตกใจ เสียใจ กลุ้มใจ กลัว กังวลใจ โดยกลัวว่าครอบครัวและสังคมจะรู้ กลัวหมดอนาคต กลัวจะมีปัญหาการคลอด (ชมพูพูน ดอกคำใต้, 2555). เป็นต้น

วัยรุ่นที่ยังไม่พร้อมในการตั้งครรภ์จะหมกมุ่นอยู่กับปัญหาของตนเอง ไม่ยอมรับการตั้งครรภ์โดยบางคนจะหาทางออกโดยการทำแท้ง หรือถ้ามีการดำเนินการตั้งครรภ์ต่อมักขาดความสนใจในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์เช่น ไม่ไปฝากครรภ์หรือไปฝากครรภ์ล่าช้า (ดลฤดี เพชรขว้าง, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญทา และ กัลยา จันทร์สุข, 2554) ปฏิบัติตนในขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม และดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับก่อนตั้งครรภ์

2. การสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ การที่วัยรุ่นตั้งครรภ์จะสามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้นั้นจะต้องรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นอีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งจะสามารถรับรู้ได้อย่างชัดเจนเมื่ออายุครรภ์มากขึ้นและทารกในครรภ์มีการดิ้นเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์จะมีความรู้สึกรักทารกในครรภ์ได้ตั้งแต่แต่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ในขณะที่คนที่ไม่พร้อมและไม่ต้องการมีบุตรจะสร้างสัมพันธภาพกับ ทารกในครรภ์ได้ล่าช้าหรือไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับทารกในครรภ์ บางคนจะรู้สึกรำคาญเมื่อลูกดิ้น บางคนอาจรู้สึกเฉยๆต่อบุตร โดยบางคนอาจรู้สึกทั้งรักและเกลียดบุตร การที่ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับทารกในครรภ์ได้สำเร็จอาจทำให้เกิดปัญหาการละเลยไม่สนใจหรือทอดทิ้งบุตรในภายหลังได้ (นภาพร นพพัฒน์กุล และวิณา จิระแพทย์, 2557)

3. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเองในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในตนเอง แบ่งได้เป็นการปรับตัวด้านร่างกายและการปรับตัวด้านจิตใจ

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทั้งขนาดการเคลื่อนไหวและการทำหน้าที่ของร่างกายวัยรุ่นตั้งครรภ์บางคนที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหรือภาพลักษณ์ของตนได้สำเร็จจะรู้สึกไม่พอใจที่รูปร่างมอญน่าเกลียด รู้สึกอึดอัดไม่คล่องตัว รู้สึกอายที่ท้องขยายใหญ่ขึ้นในขณะที่ผู้ที่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายขณะตั้งครรภ์ได้จะรู้สึกพอใจที่ครรภ์ขยายใหญ่ขึ้น ซึ่งแสดงว่าลูกแข็งแรงหรือรู้สึกว่าเป็นเรื่องปกติของหญิงตั้งครรภ์ (พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธะรักษา และจันทรัตน์ เจริญสันติ, 2557)

3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ซึ่งอาจมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมน จะมีความรู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจน้อย บางคนอาจรู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของบุตรในครรภ์เช่น กลัวลูกพิการ กลัวลูกไม่แข็งแรง บางคนจะกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดอย่างไรก็ดีบางคนรับรู้ว่ามีอารมณ์ดีขึ้น และใจเย็นมากขึ้น เนื่องจากการตั้งครรภ์และการมีบุตรทำให้ต้องเป็นผู้ใหญ่ขึ้น (บุญฤทธิ สุจริตน์, 2557)

4. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส หญิงตั้งครรภ์จะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรสใน 2 เรื่องคือจะมีการพึ่งพาอาศัยคู่สมรสมากขึ้นและจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านความสัมพันธ์ทางบางคนแยกทางกับสามีเพศ (กุลธิดา หัตถกิจพานิขกุล, 2555)

5. การเตรียมการคลอดและการเป็นมารดา พัฒนกิจของการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์จะสมบูรณ์เมื่อตั้งครรภ์มีการเตรียมตัวเพื่อการคลอดและเตรียมตัวสำหรับบทบาทการเป็นมารดา (Duvall, A, 1977) โดยส่วนใหญ่จะมีการพูดคุยสอบถามเรื่องราวเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อการคลอดหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะที่ตั้งครรภ์และระยะคลอดรวมทั้งหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลี้ยงดูเด็ก

6. การยอมรับบทบาทการเป็นมารดาหญิงตั้งครรภ์จะยอมรับบทบาทการเป็นมารดา โดยจะเริ่มเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดาในระหว่างตั้งครรภ์โดยเรียนรู้จากจินตนาการ การสังเกตจากมารดาคนอื่น ๆ การเลือกพฤติกรรมเพื่อเลียนแบบหรือหลีกเลี่ยง รวมทั้งการทดลองแสดงบทบาทสมมติโดยการทดลองเลี้ยงเด็กคนอื่น ๆ การเรียนรู้เหล่านี้จะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถเตรียมตัวสำหรับบทบาทการเป็นมารดาได้

จากพัฒนาการ 6 ขั้นตอนข้างต้น วัยรุ่นตั้งครรภ์ต้องพยายามเรียนรู้ด้วยตนเอง และจากสังคมรอบข้างเพื่อให้ตนก้าวผ่านพัฒนาการของชีวิตไปอีกครั้ง และดำเนินชีวิตต่ออย่างมั่นใจ (Friedman, M.M, 1986)

การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในระยะตั้งครรภ์

วัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถมีสุขภาพดีโดยได้รับการกระตุ้นให้ดูแลตัวเองและทารกในครรภ์อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพราะนอกจากต้องดูแลสุขภาพในครรภ์เพิ่มขึ้นแล้วตัววัยรุ่นเองยังอยู่ในวัยเจริญเติบโตด้วย การส่งเสริมสุขภาพตนเอง สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้

1. ไปรับบริการฝากครรภ์โดยเร็วอย่างต่อเนื่อง เพื่อรับการประเมินสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์
2. ตรวจค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรับการรักษาที่ถูกต้องหากตรวจพบความผิดปกติ
3. รับประทานอาหารสุขภาพ ในระหว่างตั้งครรภ์ควรได้รับกรดโฟลิก แคลเซียม เหล็ก โปรตีนฟอสฟอรัส สารอาหารที่จำเป็นอื่นๆ และวิตามินก่อนคลอด เป็นประจำทุกวันเพราะช่วยในการเติบโตของตนเองและทารกในครรภ์
4. ออกกำลังกายและบริหารร่างกายอย่างเหมาะสม เข้าร่วมโปรแกรมการบริหารร่างกายเพื่อเตรียมความพร้อมในการคลอด
5. ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม ด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ปล่อยให้น้ำหนักเพิ่มมากเกินไปหรือลดมากเกินไป รวมถึงการวางแผนควบคุมน้ำหนักหลังคลอดด้วย
6. หลีกเลี่ยงสารที่มีความเสี่ยง เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อตนเองและทารกในระหว่างตั้งครรภ์ รวมทั้งการใช้ยาตามใบสั่งของแพทย์อย่างระมัดระวัง
7. เมื่อเกิดความท้อแท้ใจ หาเพื่อนคุยที่ให้กำลังใจ หากคนที่ผ่านประสบการณ์คล้ายๆกันแล้วประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา มาช่วยประคับประคองจิตใจ
8. เตรียมตัวเป็นแม่ด้วยการเข้าเรียนเกี่ยวกับการเตรียมตัวคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนม การดูแลทารกแรกเกิด
9. เตรียมปรึกษาด้านการเงิน สถานที่คลอด สถานที่ดูแลบุตรหลังคลอด และคนช่วยดูแลบุตร

บทบาทพยาบาลในการเป็นจุดเปลี่ยนที่ท้าทายให้วัยรุ่นตั้งครรภ์

พยาบาลสามารถมีส่วนร่วมให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ ผ่านช่วงชีวิตจริงที่สำคัญนี้ไปได้ ด้วยการเข้าใจและยอมรับว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นความยากลำบาก ช่วยประสานความเข้าใจในครอบครัว ให้กำลังใจ ส่งเสริม สนับสนุน ช่วยให้ชีวิตพวกเขาประสบความสำเร็จมากขึ้น เป็นจุดเปลี่ยนที่ท้าทาย และให้บริการอย่างครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1. บริการข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพวัยรุ่นในขณะตั้งครรภ์ ที่ถูกต้องครบถ้วน ทันสมัย สะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ด้วยระบบวิธีการ สื่อที่หลากหลายน่าสนใจ
2. บริการให้คำปรึกษา รูปแบบต่างๆ ทั้งในและนอกเวลาราชการแก่วัยรุ่นตั้งครรภ์ รวมทั้งพ่อแม่ผู้ปกครอง ทั้งที่มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ
3. ให้การดูแลที่ได้มาตรฐานทั้งขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด และระยะเลี้ยงดูบุตรและการคุมกำเนิดที่เหมาะสม โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู ตามสภาพปัญหาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ ดำเนินการแบบองค์รวม ผสมผสาน เคารพและปกป้องสิทธิผู้รับบริการ เข้าถึง และใช้บริการได้สะดวก รวดเร็ว และไม่ตีตรา ซ้ำเติม ทั้งในสถานพยาบาลและในระบบของภาคีเครือข่าย
4. ประเมินสถานการณ์/ปัญหาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ต้องการการดูแลเฉพาะ (ต้องอาศัยการประเมินรายบุคคล - case manager) ในกลุ่มที่ ขาดเรียน การเรียนตกต่ำ หยุดเรียนกลางคัน มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น ถูกแบ่งแยก ทำร้ายร่างกาย มีปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ เช่น ลักขโมย ก้าวร้าว ติดเกม ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ร่วมกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า ยาบ้า เป็นต้น
5. จัดกลุ่มฝึกทักษะชีวิตการเป็นมารดา บิดา เช่น ฝึกใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น ชุดคลุมท้องที่เหมาะสม เสื้อผ้าของใช้ทารก อุปกรณ์นั่งในรถของทารก อุปกรณ์ช่วยอุ้มทารก การให้นมบุตร การอาบน้ำทารก เป็นต้น

6. ให้ข้อมูลองค์ประกอบวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือแม่วัยรุ่นและบุตรสถานที่ปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก สถานที่รักษาพยาบาลเมื่อต้องการความช่วยเหลือ หรือขอคำปรึกษาและแหล่งสนับสนุนการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร หน่วยงานภาครัฐ หรือชุมชนที่ช่วยเหลือด้านการเงินหรือสิ่งของ

7. จัดกิจกรรมเชิงรุกทำความเข้าใจกับชุมชนถึงรากเหง้าของปัญหา ความเห็นอกเห็นใจ และการสร้างความรับผิดชอบร่วมกันว่า อุปติการณ่วัยรุ่นตั้งครรถ์ เป็นผลพวงของปัญหาที่ชุมชนต้องร่วมมือกันแก้ไข การจัดหรือมอบหมายให้ชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนมีการเยี่ยมบ้านวัยรุ่นตั้งครรถ์เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ ติดตามให้มาตรวจตามนัด ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือขณะที่แม่วัยรุ่นอยู่ที่บ้าน การทำกลุ่มช่วยเหลือ (group support) เพื่อให้แม่วัยรุ่นได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และดูแลซึ่งกันและกัน หรือการเลือกวัยรุ่นที่เคยผ่านประสบการณ์การตั้งครรถ์แล้วก้าวผ่านภาวะวิกฤติในชีวิตแล้วประสบความสำเร็จ มาพูดคุยปรึกษาเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้พวกเขาผ่านช่วงชีวิตจริงที่สำคัญนี้ได้ จัดให้มีศูนย์ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือแม่วัยรุ่น หรือจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เข้าไปให้การปรึกษาดูแลแม่วัยรุ่นในชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และเสริมสร้างศักยภาพของศูนย์พัฒนาครอบครัว หรือ หน่วยงานที่ให้บริการสังคมสำหรับแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น

8. บริการส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นและครอบครัว ต้องเป็นบริการที่รอบด้านครอบคลุมความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการทำงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจึงไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม จำเป็นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ โดยผ่านระบบการให้ความช่วยเหลือแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) ซึ่งจะช่วยเหลือแม่วัยรุ่นได้อย่างเป็นระบบ ครบวงจร และลดขั้นตอนที่ยุงยาก ซับซ้อน

บทสรุป

ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรถ์เป็นสิ่งที่สร้างความลำบากใจให้กับวัยรุ่นและครอบครัวเป็นอย่างมาก อาจไม่จำเป็นต้องถามคำถามว่า ทำไม เพราะอะไรต้องเป็นแบบนี้ เราควรเปลี่ยนคำถามที่ท้าทายกว่า ว่าเราจะช่วยเหลืออย่างไรให้ก้าวผ่านจุดเปลี่ยนตรงนี้ได้ การค้นหาวัยรุ่นตั้งครรถ์อย่างรวดเร็ว การบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงสะดวก รวดเร็ว การให้คำปรึกษา การจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และการติดตามที่ต่อเนื่องและการส่งต่อที่เหมาะสมจะช่วยลดความคับข้องใจและทำให้วัยรุ่นตั้งครรถ์ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ว่าพวกเขามีตัวตน เป็นที่ต้องการสังคม มีความมั่นใจ กล้าสื่อสารกับครอบครัว ชุมชนและสังคมภายนอก สังคมไทยอาจได้สมาชิกที่มีคุณภาพมากขึ้น แต่เปลี่ยนวิกฤติเป็นโอกาส เปลี่ยนปัญหาเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์จริง

เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา หัตถกิจพานิชกุล. (2555). ผลของโปรแกรมการสอนร่วมกับการมีส่วนร่วมของสามีต่อการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมพูนุช ดอกคำใต้. (2555). การศึกษาประสบการณ์การตั้งครรถ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น เขตตำบลไม้ยาอำเภอยะยาเมืองราย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- ดลฤดี เพชรขำ, จรรยา แก้วใจบุญ, เรณู บุญญา และกัลยา จันทร์สุข. (2554). การตั้งครรถ์วัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรถ์ในสตรีวัยรุ่น. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา.
- นภาพร นพพัฒนกุล และวิภา จีระแพทย์. (2557). ผลของการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาวัยรุ่นครรถ์แรก. วารสารเกื้อการณณ์. ปีที่ 21(1), 144-160.

- บุญฤทธิ์ สุขรัตน์. (2557). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์ศิริ พรหมใจษา, กรรณิการ์ กันธรักษา และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2557). ผลของการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *พยาบาลสาร*. 41(1), 97-106.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(1), 90-98.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(4), 5-9.
- ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, ทรงยศ พิลาสันต์, อินทิรา ยมาภัย, ชลัญจร โยธาสมุทร, อภิญา มัตเดช และณัฐจรัส เองมหัสกุล. (2014, September 15). การทบทวนสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย. *รายงานการวิจัยจากสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556*. Retrieved October 23, 2016, from <http://www.hitap.net/research/13577>.
- ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลิ่งจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*. 3(2), 14-27.
- สุพิชฌาย์ สีหะวงษ์. (2554). การศึกษาประสบการณ์จากการสะท้อนคิดของนักเรียนหญิงวัยรุ่น กรณีที่ออกโรงเรียนกลางคันเนื่องจากที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และกรณียุติการตั้งครรภ์ เพื่อเรียนต่อไปในโรงเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. (2555). *การตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ*. ในวิกิฤติในเวชปฏิบัติปริก่าเนต. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557, July 17). สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2556 2557. Retrieved October 23, 2016, from http://www.dcy.go.th/webnew/uploadchild/cld/download/file_th_20152002002459_1.pdf.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลแม่วัยรุ่น*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.
- อดิณา ศรีสมบุรณ์, เยวาลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒนกร. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความสำเร็จในบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*. 29(2), 74-81.
- Duvall, A. (1977). *Marriage and family relationships*. (5th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Friedman, M.M. (1986). *Family nursing: theory and assessment*. (2nd ed). New York: Appleton- Century Crofts.
- May, K.A. & Mahlmesister, L.R. (1994). *Maternal and neonatal nursing : Family centered care*. (3rd ed). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pilliteri, A. (1995). *Maternal and child health nursing: Case of childbearing and family*. (2nd ed). New York: J.B.Lippincott.

การพัฒนา รูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิตสาธารณะ DEVELOPMENT OF ELDERLY CAREGIVER WITH PUBLIC CONCIIOUSNESS MODEL

ดร.ขวัญสุมาณา พิณราช¹
รศ.สุมนทนา สิทธิพงษ์สกุล²
ผศ.ศรีสุรางค์ พัฒนานานุรักษ์³
ผศ.อัญชลี นวลคล้าย⁴
อาจารย์สุรวิทย์ วรอุณ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการอบรมด้วยกระบวนการพอาอิก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้การประชมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพอาอิก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 29 คน ได้มาจากการสุ่มเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนที่มีความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1-10 เดือนธันวาคม 2560 โดยใช้แบบทดสอบในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการอบรม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired Sample t-test และ One-way ANOVA

หลังการประชมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพอาอิก ผลการวิจัยพบว่า หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ, และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งหมดทุกด้าน ในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต คะแนนเฉลี่ยมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.05 นอกจากนี้การประเมินสี่ด้าน คะแนนเฉลี่ยมีค่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การอบรมด้วยกระบวนการพอาอิกในด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นกระบวนการพอาอิกยังสามารถใช้ในการอบรมการเป็นวิทยากรฝึกอบรมได้ เพราะฉะนั้นองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายและแผนโดยจัดกิจกรรมการอบรมผู้ดูแลเพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้พัฒนาศักยภาพด้วยการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ของครอบครัว และอาจนำไปประกอบอาชีพหลัก หรือสร้างรายได้เสริมได้อีกด้วย

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

The research objective was to compare mean scores of knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior between before and after implementation through the PAIC process. This quasi-experiment research used the PAIC Process for training. The sample group of the 29 local

peoples were selected with purposive sampling from people who is interesting in elderly care and live in Khamriang Sub-district, Kuntarawichai District, Maha Sarakham Province during 1-10 December 2017. The questionnaire was used to collect data with both before and after training. Paired t-test and One-Way ANOVA were used to analyze the data.

After Participation-Appreciation-Influence-Control (PAIC) implemented, the results revealed that the mean scores of posttest of knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and behavior and training achievement were higher than pretest with statistical significance ($p < 0.01$ for all aspects). In present and future situations illustrated that mean scores were not different with statistical significance ($p > 0.05$ and $p > 0.05$). Furthermore Four Dimensional Evaluation, the mean scores were not different with statistical significance ($p > 0.05$).

Recommendation of the research, training on knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior with PAIC process, it is able to increase participation on elderly care, the PAIC process can used to train the trainer of training, therefore, the local administrative organization should formulate policy and plan by arranging the activities on elderly caregiver training for local people to develop their competencies by increasing their knowledge and understanding on elderly health care, elderly care skill, public consciousness on elderly care and elderly care behavior. This will be benefit for their family and they are able to use it as an career or complementary income.

Keywords: Elderly caregiver, Elderly care skill, Public consciousness on elderly care, Elderly care behavior

¹⁻⁵ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

ในปี ค.ศ.2015 แผนกประชากรของหน่วยงานสวัสดิการสังคมและเศรษฐกิจได้รายงานเกี่ยวกับประชากรสูงอายุว่าประชากรโลกนั้นมีแนวโน้มว่าประชากรสูงอายุที่จะสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาน้อยในทวีปภูมิภาคอาฟริกา เอเชีย (ยกเว้นประเทศญี่ปุ่น) ลาตินอเมริกา แคริบเบียน อเมริกาเหนือ และโอเชียเนีย (ยกเว้นประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์) ภูมิภาคที่มีการพัฒนามากกว่าซึ่งประกอบด้วยภูมิภาคอื่น ๆ ยกเว้นสามประเทศจากภูมิภาคที่พัฒนาน้อยที่ประกอบด้วย 48 ประเทศ พบว่า ระหว่างปี

ค.ศ. 2015 ถึง ค.ศ. 2030 ประชากรสูงอายุ 60 ปี และมากกว่า จะมีถึงร้อยละ 56 โดยจะเพิ่มจำนวนจาก 901 ล้านเป็น 1.4 พันล้านในปี ค.ศ. 2050 แสดงว่าโครงสร้างของประชากรได้เปลี่ยนแปลงเข้าไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยสมบูรณ์ ซึ่งขณะนี้ยุโรปกลายเป็นภูมิภาคที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยเฉพาะอิตาลี กรีซ เยอรมัน สวิสเซอร์แลนด์ หลายต่อหลายประเทศ จึงพยายามศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อพัฒนาประเทศของตนให้สังคมผู้สูงอายุมีคุณภาพ คือ “สังคม

ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” ต่อไปในอนาคต (Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015)

ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 โดยในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้านติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 เพราะฉะนั้นสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญ การเตรียมพร้อมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบนั้นจะต้องมีแผนการพัฒนาสังคม และเศรษฐกิจเพื่อรองรับระบบสังคมในอนาคตต่อไป (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556) ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดทางด้านสุขภาพอนามัยคือจากโรคเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547:26) จากการสำรวจสถานะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2551 ประชากรผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) มีร้อยละ 59 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) มีร้อยละ 32 และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) มีร้อยละ 10 ส่วนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 72-80 มีอาการปวดตามข้อต่าง ๆ ร้อยละ 43-48 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14-27 มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 3-9 มีปัญหาเกี่ยวกับเท้าทำให้เดินไม่สะดวก ร้อยละ 16.34 มีปัญหาหกล้ม โดยหกล้มนอกบ้านมากกว่าในบ้านและมักเกิดจากการสะดุดสิ่งกีดขวางหรือพื้นลื่น ร้อยละ 10 (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) ในกลุ่มวัยสูงอายุ แม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยพบว่าร้อยละ 31.74 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 13.32 และหัวใจร้อยละ 7.03 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคตซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยสร้างเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญของการจัดการสุขภาพของผู้ดูแลที่ต้องให้ความสำคัญว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ดีต้องคำนึงถึง การให้ความดูแลที่ถูกสุขลักษณะ ภายใต้การปฏิบัติที่เหมาะสม และมีสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งการสร้างเสริมพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ดูแลการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ จัดการให้ผู้สูงอายุมีการพักผ่อนและนันทนาการที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยรวมถึงการฟื้นฟูทั้งภายในคือจิตใจและภายนอกคือร่างกายของผู้สูงอายุของแต่ละราย ทั้งเพราะหากสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายนั้นย่อยแตกต่างกันตามวัย สภาพกายภาพ จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ถ้าผู้ดูแลมีจิตสำนึกสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง กอรปด้วยความรัก เมตตา กรุณา และมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการย่อมจะมีส่วนช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดียิ่ง อีก

ทั้งซึ่งจะสร้างเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และประเทศโดยปริยาย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดีต่อตนเอง ครอบครัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงครอบคลุมถึงอารมณ์ จิตวิญญาณ ฟันฟูทางกายภาพและ หรือสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างความสมดุลในชีวิต และมีความสุขกาย และสุขใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างแท้จริง (Pusdorn et al., 2012; Jukravalchaisri et al., 2013)

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่12 (พ.ศ.2560-2564) ฉบับปัจจุบันจะมีประเด็นการเตรียมพร้อมด้านกำลังคนและการเสริมสร้างศักยภาพของประชากรในทุกช่วงวัย มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพทุนมนุษย์ของประเทศ โดยพัฒนาคนให้เหมาะสมตามช่วงวัย เพื่อให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ การหล่อหลอมให้คนไทยมีค่านิยมตามบรรทัดฐานที่ดีทางสังคม เป็นคนดี มีสุขภาวะที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม มีระเบียบวินัย และมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมส่วนรวม การพัฒนาทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงานและทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ ๒๑ ของคนในแต่ละช่วงวัยตาม ความเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของกำลังคนด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะเปลี่ยนแปลงโลกในอนาคต ตลอดจนการยกระดับคุณภาพการศึกษาสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพดีที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางการปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สมศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

จากการศึกษางานวิจัยจำนวนหลายเรื่องในทางสุขภาพ ด้วยการจัดอบรมโดยใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพหุอภิมหาสามารถพัฒนาให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดจิตสำนึกสาธารณะในการปฏิบัติตนเพื่อตนเอง ครอบครัว และสังคม รวมทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจที่รับจากการอบรมไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพ หรือการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ในงานวิจัยหลายเรื่องดังเช่นงานวิจัยของ ขวัญสุมาณา พินราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนาารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพหุอภิมหา และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) วิจัย เรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพหุอภิมหา รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนาารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ และ ดวงสมร กองกุล และคณะ (Gonggool et al., 2012a) วิจัย เรื่องการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสิ่งแวดล้อมศึกษาด้วยกระบวนการพหุอภิมหา ดังที่นางนภัส เทียงกมล ได้พัฒนาเป็นทฤษฎีการสร้างแรงบันดาลใจในการมีจิตสาธารณะในการรักษาสุขภาพ และอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (นางนภัส เทียงกมล, 2554)

สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานทางวิชาการซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อช่วยบรรเทาปัญหาทางด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และเป็นการพัฒนาที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคนและสังคมไทยสู่สังคม

แห่งการเรียนรู้ โดยยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่องตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) บุคคลผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ อันประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล โภชนากร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรสาธารณสุข แม้ว่าทุกฝ่ายมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย สอนและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ แต่การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องตามหลักวิชาเพื่อตอบสนองสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเอง และลดภาระของครอบครัวของผู้สูงอายุ และสังคมโดยรวม จึงเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุโดยแท้จริงเป็นรูปธรรม (Pusdorn et al., 2012; Jukravalchaisri et al., 2013)

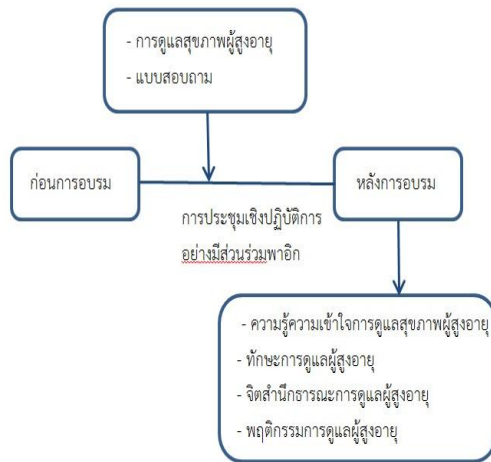
การวิจัยครั้งนี้เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนและสังคม ให้ประสบความสำเร็จทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันจะสนับสนุนให้ทุกฝ่ายในสังคมดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลสัมฤทธิ์การใช้รูปแบบการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พิจารณาจาก
 - 2.1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.2 เปรียบเทียบทักษะการดูแลผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.3 เปรียบเทียบจิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)
 - 2.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC)

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยสอดแทรกเนื้อหาสาระเกี่ยวกับ ด้านความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

สมมติฐาน

1. คะแนนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
2. คะแนนทักษะการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
3. คะแนนจิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม
4. คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAIC) สูงกว่าก่อนการประชุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพหุอีก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 29 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จากประชาชนที่มีความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ในตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จัดอบรมระหว่างวันที่ 1-10 เดือนธันวาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. คู่มือการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมพหุอีก
2. แบบสอบถาม ประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากรจำนวน 7 ข้อ ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ จิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 7 ข้อ โดยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีดังนี้

2.1 หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยหาความสอดคล้องระหว่างแบบสอบถามกับเนื้อหา โดยใช้สูตร IOC (Index of Objective Congruence) (Rovinelli & Hambleton, 1977) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เลือกข้อที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 (0.67-1.00) มาใช้ในการวิจัย

2.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach, 1951) มีค่าเชื่อมั่นของความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกภาระการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และทั้งฉบับเท่ากับ 0.823, 0.845, 0.911, 0.876. และ 0.954 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาทิก (PAIC) เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบทดสอบให้กับผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 29 คน ทั้งก่อนและหลังการอบรม
3. นำแบบทดสอบ มาตรวจสอบจำนวนและตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบทดสอบและจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้สะดวกต่อการเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูล
4. นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบแล้วไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามลำดับต่อไปนี้

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติอย่างง่าย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้แก่ การวิเคราะห์ด้วยสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ด้วยการสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired Sample t-test และ One-way ANOVA (McDonal, 2014)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 25-55 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยบ้านของตนเอง และมีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท

ตาราง 1.คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
	ความถี่	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	34.48
หญิง	19	65.52
อายุ		
ระหว่าง 25-55 ปี, ค่าเฉลี่ย=32.00, S.D.=5.25	29	100.00

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
	ความถี่	ร้อยละ
นับถือศาสนา		
พุทธ	28	96.55
อิสลาม	1	3.45
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	31.04
มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	34.48
อาชีวศึกษา	5	17.24
ปริญญาตรี	3	10.34
ปริญญาโทและสูงกว่า	-	-
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	19	66.52
ครอบครัวขยาย	10	34.48
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของตนเอง	20	68.97
เช่า	9	31.03
รายได้ (บาท)		
<5,000	5	17.42
5001-10,000	18	62.69
10,001-15,000	5	17.24
15,001-30,000	1	3.45
30,001-50,000	-	-
>50,0000	-	-
รวม	29	100.00

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อน

อบรมและหลังอบรมของกลุ่มตัวอย่าง การอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาทิก ปรากฏผล ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรมและหลังอบรมของกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อที่อบรม	หลังอบรม		ก่อนอบรม		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	6.75	1.30	4.50	1.28	11.23	0.00**
ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ	32.45	5.77	24.15	4.69	20.15	0.00**
จิตสำนึกธรรมาการดูแลผู้สูงอายุ	32.09	4.95	27.86	4.65	18.35	0.00**

หัวข้อที่อบรม	หลังอบรม		ก่อนอบรม		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
พฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	33.01	5.55	29.29	4.41	22.37	0.00**
ผลสัมฤทธิ์	104.30	12.39	85.80	13.51	37.17	0.00**

** นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 2 แสดงว่า หลังอบรมด้วยกระบวนการแบบพาทีก พบว่า คะแนนเฉลี่ยของหัวข้อความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรมาการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน ผลปรากฏ ดังตาราง 3

ตาราง 3 การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์ปัจจุบัน

Source of Variation	Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Group	2.64	2	0.88	2.66	0.11
Within Group	22.70	58	0.33		
Total	25.35	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย . One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

4. การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์อนาคต ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ปัจจุบัน ผลปรากฏ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การประเมินการมีส่วนร่วม 3 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์อนาคต

Source of Variation	Sum of squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Group	2.88	2	1.44	1.58	0.59
Within Group	32.16	58	0.63		
Total	35.04	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 การประเมิน 3 ด้าน ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อน และการประเมินโดยผู้อำนวยการความสะดวก เพื่อใช้ตรวจสอบการมีส่วนร่วมในสถานการณ์อนาคต พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสามด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

5. การประเมิน 4 ด้าน สำหรับการแสดงบทบาทสมมุติของวิทยากร ที่ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อนวิทยากร การประเมินโดยผู้ฟัง และการประเมินโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประเมินการแสดงบทบาทสมมุติการเป็นวิทยา ผลดังปรากฏใน ตาราง 5

ตาราง 5 การประเมิน 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างในการแสดงบทบาทสมมุติเป็นวิทยากร

Source of Variation	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	0.54	2	0.85	1.77	0.49
Within Groups	12.67	58	0.48		
Total	13.21	60			

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 5 การประเมิน 3 ด้าน สำหรับการแสดงบทบาทสมมุติของวิทยากร ที่ประกอบด้วย การประเมินตนเอง การประเมินโดยเพื่อนวิทยากร การประเมินโดยผู้ฟัง และการประเมินโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วย One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งสี่ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการประเมินทั้งสามด้านสอดคล้องกัน

อภิปรายผล

วิจารณ์ผลการศึกษาวิจัยจะดำเนินการอภิปรายตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ประเด็นผลสัมฤทธิ์การอบรม ผลจากการวิจัยค่าเฉลี่ย: หลังอบรมด้วยกระบวนการแบบพาทิก พบว่า หลังการอบรมคะแนนเฉลี่ยของหัวข้อ ความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า คะแนนความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จิตสำนึกธรรณะการดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุหลังอบรมจะสูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ งานวิจัยของ-;ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาทิก พบว่า หลังอบรม ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ความตระหนักการดูแลสุขภาพตนเอง คุณลักษณะอาสาสมัครการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพชุมชน และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ(Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาทิก สิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า หลังอบรมคะแนนเฉลี่ย

ของการอนุรักษ์พลังงาน การจัดการน้ำเสีย การจัดการขยะ ภูมิทัศน์และการจัดการความปลอดภัย และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า หลังอบรมคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ความรู้เรื่องการป้องกัน ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความตระหนัก แรงบันดาลใจ การมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุชรา เกษีสม ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลคลองฉนวน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดสุราษฎร์ธานี” ที่ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการ ความเครียด ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์และการจัดการ ความเครียด ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (บุชรา เกษีสม, 2560) และปฐม ธิดา บัวสม และคณะ (2560) ที่วิจัย เรื่อง “ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงในตำบลบรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา” ที่พบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนทดลอง และพบว่า หลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความ ดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ปฐมธิดา บัวสม และคณะ, 2560) และยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ ที่ศึกษาเรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทาง การเกษตรของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่า ความรู้ในการป้องกันตนเอง สิ่งแวดล้อมศึกษา และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และผลสัมฤทธิ์การอบรม สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการประชุม เชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมแบบพาอีก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ประเด็นผลการวิจัยในส่วนการประเมินการมีส่วนร่วมทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต นั้นก็เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับงานวิจัยของขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่องการพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาอีก พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาอีก สิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ งานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ เรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตรของนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Tinvan et al., 2015) รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา

กลางบุรีรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า การประเมิน 3 ด้านทั้งสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ประเด็นผลการวิจัยในส่วนการประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร นั้น สอดคล้องตรงกันกับงานวิจัยของขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ (Phinnarach, et al., 2012b) เรื่อง การพัฒนารูปแบบความเข้มแข็งของชุมชนด้วยการดูแลสุขภาพโดยใช้กระบวนการพาอีกพบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ นิภาภรณ์ จงวุฒิเวศย์ และคณะ (Jongwutives, et al., 2012a) เรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลโดยกระบวนการพาอีกสิ่งแวดล้อมศึกษา พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งงานวิจัยของวันทนา กลางบุรีรัมย์ (2557) เรื่อง การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ใน จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษา พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 งานวิจัยของวิทยา ทินวรรณ และคณะ เรื่อง การป้องกันตนเองจากสารเคมีทางการเกษตรของนักเรียนในจังหวัด มหาสารคาม พบว่า การประเมิน 4 ด้านใน การแสดงบทบาทสมมติเป็นวิทยากร ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้านแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Tinvan et al., 2015)

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *รายงานประจำปี 2557*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2550).

แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2550 – 2554). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

นงนภัส เทียงกมล. (2554ก). *การวิจัยเชิงบูรณาการแบบองค์รวม (Holistically Integrative Research)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วันทนา กลางบุรีรัมย์. (2557). *การพัฒนารูปแบบชุมชนเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียใน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยบูรณาการหลักสิ่งแวดล้อมศึกษา*. ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สิ่งแวดล้อมศึกษา) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. (2552). *การพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ*. นครปฐม : สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *รายงานประจำปี 2547*. [กรุงเทพฯ] : สำนักงาน.

เอกชัย เพียรศรีวัชรา. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. นนทบุรี : กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

Buasom, P., Promsiripaiboon, Y. and Sonkasetrin, A.. (2017). Effects Of Self-Efficacy

- Program On Health Behavior Modification In Elderly Of High Blood Pressure Risk Group In Rommanee Sub-District, Kapong District, Phangnga Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5 (4). 549-587.
- Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *Manual of Elderly Caregiver Training 420 hours*. Bangkok: The War Veterans Organization.
- Cronbach, J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16 (3), 297-334.
- Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2015). *World Population Aging*. New York: United Nation.
- Gonggool, D., Thiengkamol, N., & Thiengkamol, C. (2012a). Development of Environmental Education Volunteer Network through PAIC Process. *European Journal of Social Sciences*, 32 (1):136-149.
- Jongwutiwes, N. Thiengkamol, N., & Thiengkamol, T. (2012a). Development of Hospital Environment Management Model through PAIC. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 3 (11):303-310
- Jukravalchaisri, J., Koktatong , K., Koktatong , U. (2013). Development Model of Elderly Health Care Behavior with Public Mind. *Mediterranean Journal of Social Sciences*,4(6), 141-155.
- Keasisom, B. (2017). The Results of Group Process To Elderly's Health Promotion Behavior In Thumbonklongchanoun Weingsa District Suratthani Province. . *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5 (2). 176-193.
- Kueasuk, Ch., Yainta, N., Sanpaiboonkit, p., Klunklin, A. (2015). Tha Kwang Model Long Term Care for Elderly Tha Kwang Health Care Center, Amphur Saraphi, Chaingmai Province. *Nursing Journal*, 42 (3) :187-192.
- McDonal, J.H. (2014). *Handbook of Biological Statistics*. Third Edition. Maryland : Sparky House Publishing
- Ministry of Public Health. (2007). *The 9 th of National Health Plan*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- National Statistical Office. (2012). .Survey of Thai Elderly Population B.E. 2556. Retrieved on 10 Sep 2017 from:
https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13101
- National Statistical Office. (2014). Survey of Thai Elderly Population B.E. 2556. Retrieved on 10 Sep 2017 from:

https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13101

- Office of the National Economic and Social Development Board. Office of Ministry of Prime Minister. 2018). The 12th National Economic and Social Development (B.E.2560-2564). Bangkok: Office of Ministry of Prime Minister .
- Phinnarach, K., Thiengkamol, N., & Thiengkamol, C. (2012b). Development of Community Strength with Healthy Self-Care Model through PAIC Process. *European Journal of Social Sciences*, 34 (4): 549-558.
- Pusdorn, A., Thiengkamol, N., Thiengkamol Khoowaranyoo, T. (2013). Elderly Self Health Care in Roi-Et Province. *European Journal of Scientific Research*, 104 (4):569-579.
- Rovinelli, R. J. and Hambleton, R. K. (1977). On the use of Content Specialists in The Assessment of Criterion-referenced Test item Validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Soudsomboon, S. (2014). Social Welfare for Aging People in Thailand. *Journal of Southern Technology* 7 (1) : 73-82.
- Tinvan W., Prasertsri, N., &Thiengkamol, C. (2015). Self-Prevention from Agriculturally Chemical Substance. *EAU Heritage Journal*, 9 (2):246-257.

Colaizzi, P. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. New York: Oxford University Press.

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit, Oxford Brookes University, Oxford.

Johns, C. (2002). *Guided Reflection: Advancing Practice*. (ed.) Oxford: Blackwell Science.

Schon, D. (1983). *Reflective practice*. Basic book. pp. 49.