

# ผลของโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อความสามารถในการ บ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

## The Effect Of Promoting Critical Thinking Program On Caregivers' Ability To Early Detection And Care For Child At-Risk Of Dengue Hemorrhagic Fever

บทความวิจัย

สุภาพร บัวบาน\*, วิณา จีระแพทย์\*\*

Supaporn Buaban, R.N., M.N.S.\*

Veena Jirapaet, R.N., M.N.S., D.N.Sc.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 6 - 12 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคไข้เลือดออกเด็งกีสูง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแบบประเมินความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแบบประเมินมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .66 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบค่าที

### ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** ไข้เลือดออกเด็งกี, การคิดอย่างมีวิจารณญาณ, การบ่งชี้แต่แรกเริ่ม, การดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี, ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

### Abstract

This quasi-experimental research was to investigate the effect of promoting critical thinking program on caregivers' ability to early detection and care for child at-risk of dengue hemorrhagic fever. Subjects consisted of 40 primary caregivers of children age 6 - 12 years old residing in the area of high prevalence and incidence of dengue hemorrhagic fever. They were equally assigned into either experimental or control group, 20 in each group. The control group received routine nursing care while the experimental group received the promoting critical thinking program. The instruments included the promoting critical thinking program and the

Corresponding Author: \*พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

\*\*ศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

evaluation test of ability to earlyly detect and care for child at-risk of dengue hemorrhagic fever (ET-AED and CDHF). All of the instruments were tested for content validity. The reliability of ET-AED and CDHF was 0.66. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

**The major results are as follows:**

1. The mean score of the ET-AED and CDHF of caregivers after receiving the promoting critical thinking program was higher than that of before receiving the program at the significant level of .05.
2. The mean score of the ET-AED and CDHF of caregivers in the group receiving the promoting critical thinking program was higher than that in the group receiving routine nursing care at significant level of .05.

**Keywords:** Dengue hemorrhagic fever, critical thinking, early detection, care for child dengue hemorrhagic fever, caregivers for child at-risk

**ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**

โรคไข้เลือดออกเต็งกี (DHF) เป็นโรคติดต่อเชื้อไวรัสเต็งกีที่มีอยู่กลายเป็นพาหะนำโรค เป็นปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุข และด้านการแพทย์ของประเทศ (ซิซญู พันธุ์เจริญ และคณะ, 2546 : 1) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเต็งกีอาจเกิดภาวะช็อกได้เนื่องจากการรั่วของพลาสมา ทำให้เสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์, 2551: 4) สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2551 - 2553 มีจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งประเทศในแต่ละปี คิดเป็นอัตราป่วย 142.18, 89.27 และ 183.59 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และคิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.11, 0.09 และ 0.22 ตามลำดับ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2554)

จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินวมหาราชินี (2552) ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการรักษาผู้ป่วยเด็กแห่งประเทศไทย พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2553 มีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกี เสียชีวิตร้อยละ 1.90, 1.59 และ 1.18 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงานของประเทศที่มุ่งลดอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ 0.12 ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีส่วนใหญ่มาจากจังหวัดสมุทรปราการ (คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี, 2552) โดยเฉพาะพื้นที่ ต.สำโรงใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ความชุกของการเกิดโรคไข้เลือดออกเต็งกีสูง (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2554) และเมื่อพิจารณาทางด้านกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ กลุ่มอายุ 6 - 12 ปี (คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี, 2552) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเต็งกี จากการ

ศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนยังไม่สามารถบอกสาเหตุของความเจ็บป่วยของโรคที่ซับซ้อนได้ (สุธิตา ล่ามช่าง และจุฑามาศ โชติบาง, 2544) ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่ต้องกระทำหน้าที่แทนในการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของเด็กเมื่อยามเจ็บป่วย (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2552 : 9)

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีเสียชีวิตได้แก่ 1) มีภาวะช็อกอยู่นาน เนื่องจากผู้ปกครองพาเด็กมาพบแพทย์ช้า ซื่อয়ারรักษาเองจนอาการหนัก หรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด 2) มีภาวะเลือดออกมาก 3) มีภาวะน้ำเกิน 4) มีอาการแสดงที่แปลกออกไปเช่น มีอาการทางสมอง ตับ/ไตวาย (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์, 2551: 85-86) จากสถิติในปี พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่า มีผู้ปกครองนำเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีมารับการรักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กฯ ทำให้เด็กเกิดภาวะช็อก คิดเป็นร้อยละ 50 ของเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีทั้งหมด (คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี, 2552) และจากการศึกษาของ เจียมใจ สุขชาติพยพันธ์ (2553) และ Khun and Manderson (2007) พบว่า สาเหตุที่ผู้ปกครองพาเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกีมารับการช่วยเหลือที่ รพ. ช้า เนื่องจากผู้ดูแลขาดความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ ปัญหาเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นโรคไข้เลือดออกเต็งกี และสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรค จึงส่งผลกระทบต่อเด็ก ทำให้เด็กได้รับการรักษาล่าช้า เสี่ยงต่อภาวะการเสียชีวิตโดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะช็อกจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาเด็กจะมีอาการเลวลง ภาวะรู้สติเปลี่ยนไปและจะเสียชีวิตภายใน 12 - 24 ชม. หลังเริ่มมีภาวะช็อก หากเด็กได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง

เหมาะสม และทันเวลาก่อนที่จะวัดความดันโลหิต และ/หรือจับชีพจรไม่ได้ เด็กส่วนใหญ่จะสามารถฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและหายเป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์, 2551 : 13)

ปัจจุบันบุคลากรทางการแพทย์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกตั้งแต่การบ่งชี้เด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเด็งกี อาการอันตรายที่ต้องรีบนำเด็กไปพบแพทย์และการดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเด็งกี ด้วยรูปแบบการบรรยาย และ/หรือการให้คำแนะนำ (อารีย์ เชื้อสวาท, 2546; นภาพร อินทรสิทธิ, 2550) ซึ่งประชาชนมีโอกาสน้อยในการแสดงความคิดเห็นเป็นอุปสรรคต่อการเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหา (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2543 : 64) ดังนั้นประชาชนจึงขาดการเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์/ตัดสินใจแยกโรคและอันตรายของโรคได้แต่แรกเริ่ม ซึ่งเป็นปัญหาทำให้เกิดอุบัติเหตุการเสียชีวิตสูงของประเทศ (ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุจิตรา นิมมานนิตย์, 2551 : 85)

จากแนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณทางการพยาบาลของ Scheffer and Rubenfeld (2000 : 358) ซึ่งประกอบด้วยทักษะการคิด 7 ทักษะคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการแยกแยะข้อมูลหรือปัญหาออกเป็น ส่วน ๆ เพื่อให้มองเห็นความสัมพันธ์ของปัญหาที่เกิดขึ้น 2) การนำมาตรฐานมาประยุกต์ใช้ เป็นการนำมาตรฐานความรู้เรื่องโรคมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การแยกแยะเป็นการพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับปัญหา และนำมาจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ 4) การแสวงหาข้อมูล เป็นการค้นหาหลักฐาน ข้อเท็จจริงหรือความรู้โดยสามารถระบุแหล่งที่มาของข้อมูลนั้นได้ 5) การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล เป็นการบอกถึงข้อสรุปและหาเหตุผลมาสนับสนุน 6) การคาดคะเนสิ่งที่จะ

เกิดขึ้น เป็นการวางแผนและคาดคะเนถึงผลดีผลเสียที่จะตามมา และ 7) การเปลี่ยนความรู้ เป็นการเปลี่ยนความรู้เป็นความสามารถเพื่อการทำหน้าที่ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณแก่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง (ลักขณา สิริวัฒน์, 2549 : 87) ส่งผลให้บุคคลเกิดความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่ม ดังการศึกษาของ มุกข์ดา ผดุงยาม (2539) Cruz, Pimenta, and Lunney (2009) และ Lunney (2010) พบว่า การคิดอย่างมีวิจารณญาณนั้นส่งผลให้บุคคลเกิดความสามารถในการวินิจฉัยที่แม่นยำมากขึ้น

สถานการณ์จำลองนั้นเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณในบุคคลได้ (Jones, 2010 : 252) เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุดทำให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะของกระบวนการคิด โดยเฉพาะการคิดแก้ปัญหาและตัดสินใจจากสถานการณ์ที่เขากำลังเผชิญอยู่ (สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ, 2545 : 74) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลได้ฝึกคิดหลาย ๆ ครั้ง จะทำให้เกิดประสบการณ์และทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Alfaro-Lefevre, 1998 : 87) ดังการศึกษาของ ผกามาศ พิธรากร ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษผลของโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่อความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ Scheffer and Rubenfeld (2000) ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองตามกรอบแนวคิดของ สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ (2545) เสนอในรูปแบบกรณีศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกรณีศึกษา 5 ขั้นตอน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและให้การดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## กรอบแนวคิดของการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ Scheffer & Rubenfeld (2000)

และสุวิทย์ มูลคำ (2545)

ขั้นที่ 1 ขั้นให้ความรู้ ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเด็งกี

ขั้นที่ 2 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการบ่งชี้เด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีแต่แรกเริ่ม  
เสนอสถานการณ์จำลองและโจทย์คำถามประเด็นการบ่งชี้เด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเด็งกี  
และอาการอันตรายของโรค เพื่อกระตุ้นการฝึกคิด โดยฝึกคิดวิเคราะห์ที่โจทย์สถานการณ์จำลอง  
เป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่มย่อย และเสนอผลการคิดในภาพรวมต่อกลุ่มใหญ่

ขั้นที่ 3 ขั้นเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแบบต่อเนื่องในการบ่งชี้ มอบหมายงาน  
การคิดวิเคราะห์สถานการณ์ที่บ้าน เพื่อติดตามประเมิน เปรียบเทียบอาการของเด็กวัยเรียน  
ที่อยู่ในความดูแลที่บ้าน และให้ข้อสรุปสถานการณ์ปัญหาได้อย่างมีเหตุผล

ขั้นที่ 4 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ให้ความรู้  
พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยจะเป็นไข้เลือดออกเด็งกี และเสนอสถานการณ์  
จำลองและโจทย์คำถามประเด็นการดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยจะเป็นไข้เลือดออกเด็งกี  
เพื่อกระตุ้นการฝึกคิด โดยฝึกคิดวิเคราะห์ที่โจทย์สถานการณ์จำลองเป็นรายบุคคล และเป็น  
กลุ่มย่อย และเสนอผลการคิดในภาพรวมต่อกลุ่มใหญ่

ขั้นที่ 5 ขั้นเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแบบต่อเนื่องในการดูแล มอบหมายงาน  
การคิดวิเคราะห์สถานการณ์ที่บ้าน เพื่อติดตามประเมิน เปรียบเทียบการดูแลของเด็กวัยเรียน  
ที่อยู่ในความดูแลที่บ้าน และให้ข้อสรุปสถานการณ์ปัญหาได้อย่างมีเหตุผล

ความสามารถในการบ่งชี้แต่  
แรกเริ่ม และการดูแลเด็กโรค  
ไข้เลือดออกเด็งกี สุรเกียรติ  
อาชานานุภาพ (2546)

ประกอบด้วยความสามารถ  
3 ด้าน

- การบ่งชี้เด็กที่สงสัยว่าจะเป็น  
เป็นไข้เลือดออกเด็งกี
- การบ่งชี้เด็กที่มีอาการ  
อันตราย และต้องรีบนำไป  
พบแพทย์
- การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน  
ในเด็กที่สงสัยว่าจะเป็น  
ไข้เลือดออกเด็งกี

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการบ่งชี้  
แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแล  
เด็กกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่าง  
มีวิจารณญาณ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการ  
บ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ของผู้ดูแล  
เด็กกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่าง  
มีวิจารณญาณกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและ  
การดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง  
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หลัง  
การทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมี  
วิจารณญาณ

2. คะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและ  
การดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี ของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หลัง  
การทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม  
ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ  
ผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 6 - 12 ปี โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากพื้นที่  
ที่มีอุบัติการณ์ความชุกของการเกิดโรคไข้เลือดออกเด็งกีสูง  
พื้นที่ ต.สำโรงใต้ ได้หมู่ที่ 8 เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน  
และหมู่ที่ 9 เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยวิธีการจับคู่  
(Matching) เป็นรายบุคคล โดยใช้ อายุ เพศ และระดับ  
การศึกษา

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม  
ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ  
ประยุกต์ใช้แนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ Schef-  
ferand Rubenfeld (2000) และการสร้างสถานการณ์จำลอง

ตามกรอบแนวคิดของ สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ (2545) โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ขั้นให้ความรู้ ขั้นที่ 2 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในการบ่งชี้เด็กโรคไข้เลือดออกตั้งแต่แรกเริ่ม ขั้นที่ 3 ขั้นเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแบบต่อเนื่องในการบ่งชี้ ขั้นที่ 4 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ ขั้นที่ 5 ขั้นเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณแบบต่อเนื่องในการดูแล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดกระบวนการตรวจดูอาการด้วยตนเองตามกระบวนการแยกโรค (R/O DHF) สำหรับประชาชนของ สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2546) แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ การบ่งชี้เด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกตั้งแต่ การบ่งชี้เด็กที่มีอาการอันตรายและต้องรีบนำไปพบแพทย์และการดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกตั้งแต่ ประกอบด้วยข้อความจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และผ่านตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Kuder-Richardson ด้วยวิธี KR-20 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554 : 92) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .66

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองผู้วิจัยประยุกต์ใช้ โครงสร้างของเครื่องมือแบบวัดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ ธนพร แยมสุดา (2542) โดยมีโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมิน จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็นรายด้าน ทั้งหมด 3 ด้าน ดังนี้ 1) ทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 2 ข้อ 2) ทักษะการประเมินเพื่อการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล จำนวน 2 ข้อ 3) ทักษะการอนุมานเพื่อการคาดคะเนสิ่งที่จะเกิดขึ้น จำนวน 2 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านแล้วนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI

เท่ากับ 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Kuder-Richardson ด้วยวิธี KR-20 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554 : 92) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ .70

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา (ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 26 กันยายน 2555)

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อได้รับความยินยอม จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คือ 1) เป็น บิดา มารดา หรือญาติ เพียงคนใดคนหนึ่ง ที่เป็นผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างใด ๆ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กอายุ 6 - 12 ปี 2) สามารถอ่านหนังสือ เขียนหนังสือ ฟังและพูดภาษาไทยได้ 3) ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ และสามารถสื่อสารได้ 4) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว 5) เป็นผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ใหญ่/เด็ก ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ จากนั้นทำการ จับคู่ในด้าน อายุ เพศ และระดับการศึกษา เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 ราย และขอความร่วมมือให้ทำแบบประเมินความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ (pre-test) ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน จนสิ้นสุดกระบวนการศึกษา จากนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยมีการดำเนินการดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขโดยได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการที่สงสัยจะเป็นไข้เลือดออกตั้งแต่ก็อาการอันตรายที่จะต้องรีบนำเด็กไปพบแพทย์ การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน ในเด็กที่สงสัยจะเป็นไข้เลือดออก และการป้องกันโรคไข้

เลือดออกเต็งกิด้วยวิธีการบรรยาย และ/หรือการให้คำแนะนำ  
หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้า  
พบผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง และขอความร่วมมือให้ทำแบบประเมิน  
ความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้  
เลือดออกเต็งกิ (post-test)

**กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมี  
วิจารณญาณที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง  
ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมเป็นกลุ่ม  
กลุ่มละ 10 คน ดำเนินกิจกรรมดังนี้

**ครั้งที่ 1** ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

**ขั้นที่ 1 ขั้นให้ความรู้** ผู้วิจัยกล่าวแนะนำ

ตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมให้ความรู้พื้นฐาน  
เกี่ยวกับการดำเนินของโรคไข้เลือดออกเต็งกิ การบ่งชี้เด็ก  
ที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเต็งกิ และการบ่งชี้เด็กที่มีอาการ  
อันตรายและต้องรีบนำไปพบแพทย์ แก่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

**ขั้นที่ 2 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ**

**ในการบ่งชี้เด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกิแต่แรกเริ่ม** ผู้วิจัยเสนอ  
สถานการณ์จำลองในรูปแบบกรณีศึกษาพร้อมทั้งแจกกระดาษ  
คำถามประเด็นการบ่งชี้เด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเต็งกิ  
และการบ่งชี้เด็กที่มีอาการอันตรายและต้องรีบนำไปพบแพทย์  
ให้ผู้ดูแล เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การนำความรู้มา  
ประยุกต์ใช้เพื่อการแยกแยะความแตกต่างระหว่างข้อมูล การ  
ตัดสินใจและให้ข้อสรุปสถานการณ์ปัญหาด้วยการตัดสินใจอย่างมี  
เหตุผล จากนั้นให้ฝึกวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์จำลองเป็น  
รายบุคคล เพื่อให้ผู้ดูแลได้คิดอย่างอิสระ โดยให้ผู้ดูแลเด็ก  
กลุ่มเสี่ยงทุกคนคิดคำตอบและบันทึกลงในกระดาษที่แจกให้  
และให้ฝึกวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์จำลองเป็นกลุ่มย่อย  
เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนกับกลุ่มเพื่อน  
และหาข้อสรุปที่สมเหตุสมผล ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยให้แก่ผู้ดูแล  
และกำหนดให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มเสนอข้อสรุปของสถานการณ์  
จำลองจากการเสนอผลการคิดในภาพรวมของกลุ่มต่อกลุ่มใหญ่  
เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในกระบวน  
การและวิธีคิดของตน และได้ข้อสรุปที่ถูกต้องเกี่ยวกับ  
สถานการณ์ปัญหา ผู้วิจัยสรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

**ครั้งที่ 2** ดำเนินกิจกรรมที่บ้านของผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยมอบหมายงานให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงทั้งสอง  
กลุ่มกลับไปทำที่บ้านนาน 1 สัปดาห์

**ขั้นที่ 3 ขั้นฝึกทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ**

**แบบต่อเนื่องในการบ่งชี้** ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

ฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ที่บ้าน เพื่อติดตามประเมินเปรียบเทียบ  
อาการของเด็กวัยเรียนที่อยู่ในความดูแลที่บ้านกับข้อบ่งชี้ของ  
อาการแสดงเริ่มแรกและอาการอันตรายของโรคไข้เลือดออก  
โดยทำการ check list ในแบบบันทึกทุกวัน นาน 1 สัปดาห์  
ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงนำเสนอผลการบันทึก  
ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง เพื่อเป็นกรณีศึกษาแก่กลุ่มใหญ่ โดยอธิบาย  
ถึงการตัดสินใจให้ข้อสรุปของสถานการณ์เด็กวัยเรียนที่อยู่ใน  
ความดูแลได้อย่างมีเหตุผล และผู้วิจัยให้หลักฐานข้อเท็จจริง  
สนับสนุนการสรุปผล

**ครั้งที่ 3** ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

**ขั้นที่ 4 ขั้นส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ**

**ในการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกิแต่แรกเริ่ม** ผู้วิจัยให้ความรู้  
พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยจะเป็น  
ไข้เลือดออกเต็งกิแก่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง พร้อมเสนอสถานการณ์  
จำลองในรูปแบบกรณีศึกษา และแจกโจทย์คำถามประเด็นการ  
ดูแลเบื้องต้นที่บ้านในเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออกเต็งกิ  
จากนั้นให้ฝึกวิเคราะห์โจทย์สถานการณ์จำลองเป็นรายบุคคล  
เพื่อส่งเสริมการคิดอย่างอิสระ โดยให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง  
ทุกคนคิดคำตอบและบันทึกลงในกระดาษที่แจกให้ และฝึก  
วิเคราะห์โจทย์สถานการณ์จำลองเป็นกลุ่มย่อย เพื่อส่งเสริม  
การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของตนกับคนอื่น และหาข้อสรุปที่  
สมเหตุสมผล ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยให้แก่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง และ  
ให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มเสนอผลการคิดในภาพรวมของกลุ่ม  
ต่อกลุ่มใหญ่ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับ  
ในกระบวนกรและวิธีคิดของตน และได้ข้อสรุปที่ถูกต้องเกี่ยวกับ  
สถานการณ์ปัญหาผู้วิจัยสรุปข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

**ครั้งที่ 4** ดำเนินกิจกรรมที่ศาลาประชาคมกลาง

หมู่บ้าน หมู่ที่ 8 ตำบลสำโรงใต้

**ขั้นที่ 5 ขั้นเสริมสร้างทักษะการคิดอย่างมี**

**วิจารณญาณแบบต่อเนื่องในการดูแลผู้วิจัยมอบหมายให้**  
**ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงฝึกวิเคราะห์สถานการณ์ที่บ้าน** เพื่อติดตาม  
ประเมิน เปรียบเทียบการดูแลของเด็กวัยเรียนที่อยู่ในความดูแล  
ที่บ้านกับการดูแลเบื้องต้นในเด็กที่สงสัยว่าจะเป็นไข้เลือดออก  
เต็งกิ โดยทำการ check list ในแบบบันทึกทุกวัน นาน 1  
สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงนำเสนอผลการบันทึก  
ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง เพื่อเป็นกรณีศึกษาแก่กลุ่มใหญ่ โดยอธิบาย  
ถึงการตัดสินใจให้ข้อสรุปของสถานการณ์เด็กวัยเรียนที่อยู่ใน  
ความดูแลและผู้วิจัยให้หลักฐานข้อเท็จจริงสนับสนุนการสรุปผล  
จากนั้นขอความร่วมมือผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงให้ทำแบบประเมิน

ความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกี (post-test) ภายหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดอย่างมี

วิจรรย์ญาณ และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test)

**ผลการวิจัย**

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กไข้เลือดออกเด็งกี ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ (n = 20)

| ความสามารถ | $\bar{X}$ | SD   | df | t     | p-value | ระดับ   |
|------------|-----------|------|----|-------|---------|---------|
| ก่อนทดลอง  | 12.00     | 1.21 | 19 | 45.67 | 0.00    | ปานกลาง |
| หลังทดลอง  | 18.85     | 0.99 |    |       |         | สูง     |

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กไข้เลือดออกเด็งกีของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05)

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กไข้เลือดออกเด็งกี ระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 20) และกลุ่มควบคุม (n = 20)

| ความสามารถ  | $\bar{X}$ | SD   | df   | t     | p-value |
|-------------|-----------|------|------|-------|---------|
| ก่อนทดลอง   |           |      |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง  | 12.00     | 1.21 | 38   | .107  | .915    |
| กลุ่มควบคุม | 11.95     | 1.70 |      |       |         |
| หลังทดลอง   |           |      |      |       |         |
| กลุ่มทดลอง  | 18.85     | 0.99 | 32.4 | 13.21 | 0.00    |
| กลุ่มควบคุม | 13.45     | 1.54 |      |       |         |

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กไข้เลือดออกเด็งกี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน (p >.05) และหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กไข้เลือดออกเด็งกี สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05)

**สรุปและอภิปรายผลการวิจัย**

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเด็งกีของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p <.05) อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับโปรแกรม

ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนั้น ทำให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ฝึกทักษะของกระบวนการคิด โดยเฉพาะการคิดแก้ปัญหาและตัดสินใจจากสถานการณ์จำลองที่เขาเผชิญอยู่ และได้ฝึกคิดวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาในเชิงลึก ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้ฝึกคิดหลาย ๆ ครั้งจึงทำให้เกิดประสบการณ์และทักษะในการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณ โดย

ลักษณะ สรวิวัฒน์ (2549) ได้กล่าวว่าหากบุคคลใดสามารถคิดได้อย่างมีวิจารณญาณ จะสามารถสานความคิดที่ผ่านการกลั่นกรองมาตีไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ดังนั้นขั้นตอนดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกี สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกข์ดา ผดุงยาม (2539) Cruz, Pimenta, and Lunney (2009) และ Lunney (2010) ที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณมีคะแนนความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลที่แม่นยำสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ ผกามาศ พิธรากร และจินตนา ทองเพชร (2550) พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชกิจฉุกเฉินทุกด้านหลังได้รับการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกี ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่าในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเต็งกี ในลักษณะการบรรยาย และ/หรือการให้คำแนะนำ โดย อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ (2553) กล่าวว่า การบรรยายเป็นวิธีการให้ความรู้ในลักษณะที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ และเป็นผู้ให้ความรู้เพียงด้านเดียว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้เพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติ และการปฏิบัติเกิดการเปลี่ยนแปลงน้อย อีกทั้งยังมีโอกาสน้อยในการแสดงความคิดเห็น ไม่ได้ฝึกคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาในสถานการณ์ ดังนั้นผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงจึงไม่ได้รับการเสริมสร้างการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา และการตัดสินใจ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกี ต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ในขณะที่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลองได้ผ่านโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 5 ขั้นตอนซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเด็กพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ได้ฝึกคิดแก้ปัญหา และตัดสินใจจากสถานการณ์จำลองและสภาพการณ์ที่เขาเผชิญอยู่ โดย ลักษณะ สรวิวัฒน์ (2549) กล่าวว่า การคิดวิเคราะห์ช่วยให้บุคคลสามารถประเมิน

สถานการณ์ และตัดสินใจในสถานการณ์ได้แม่นยำกว่าการที่ไม่ได้ผ่านการคิดวิเคราะห์ เนื่องจากการคิดดังกล่าวอยู่บนฐานของตรรกะ และความน่าจะเป็นไปได้อย่างมีเหตุผล มีหลักเกณฑ์ จึงช่วยให้ประเมินและสรุปสิ่งต่าง ๆ บนข้อเท็จจริงที่ปรากฏ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการบ่งชี้แต่แรกเริ่มและการดูแลเด็กโรคไข้เลือดออกเต็งกี สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกข์ดา ผดุงยาม (2539) Cruz, Pimenta, and Lunney (2009) และ Lunney (2010) ที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณมีคะแนนความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลที่แม่นยำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

### ข้อเสนอแนะ 1. ควรให้การสนับสนุนโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณและเผยแพร่งานวิจัยให้บุคลากรทางด้านการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญและ

ผลดีที่ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงจะได้รับจากการนำโปรแกรมส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ

### 2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคิด

อย่างมีวิจารณญาณของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว โดยมีการติดตามเป็นระยะ ๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความคงทนของโปรแกรม

## เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการจัดทำรายงานประจำปี. (2552). *รายงานประจำปี 2552 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี*. กรุงเทพมหานคร : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

จุฑามาศ โชติบง และสุธิตา ล่ามช้าง. (2544). *การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน*. รายงานการวิจัย, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจียมใจ สุชาติพยพันธ์. (2553). *การวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ปี พ.ศ. 2543 - 2552*. โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี.

ซิษณุ พันธุ์เจริญ และคณะ. 2546. *โรคไข้เลือดออก*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เพนตากอนแอดเวอร์ไทซิง.

ชนพร แยมสุดา. (2542). *การพัฒนากระบวนการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ที่เน้นการเรียนรู้ทางปัญญา*

- สังคมโดยใช้พอร์ตโฟลิโอ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา คณะ  
ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนพร แยมสุตา และคณะ. (2553). วิเคราะห์การคิดอย่างมี  
วิจารณญาณของนักเรียนในสถานศึกษาของกองทัพเรือ.  
วารสารพยาบาลทหารบก. 11(2) : 91-97.
- นภาพรณ อินทรสิทธิ์. (2550). การป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่บ้าน  
บ่อคำ ตำบลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัด  
สกลนคร. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขา  
วิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผกามาศ พิธีรากร และจินตนา ทองเพชร. (2550). การพัฒนา  
รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์  
จำลอง วิชา การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน.  
นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพฉุกเฉิน.  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- มุกดาช้ ผดุงยาม. (2539). รูปแบบการสอนเพื่อพัฒนาความ  
สามารถในการวินิจฉัยการพยาบาลที่เน้นการคิด  
อย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาล.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการ  
พยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา สริวัฒน์. (2549). การคิด. กรุงเทพมหานคร : สำนัก  
พิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และสุจิตรา นิมนานิตย์. (2551). แนวทาง  
การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเด็งกี. นนทบุรี  
: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2546). ร้อยเรื่อง ร้อยโรค ไข้เลือดออก.  
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สุวิทย์ มูลคำ และอรทัย มูลคำ. (2545). 19 วิธีจัดการเรียนรู้  
เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะ. กรุงเทพมหานคร :  
ดวงกมลสมัย.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการ  
วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2543). การคิดอย่างมีวิจารณญาณ :  
การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพ  
มหานคร : ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค.
- อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. (2553). วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ.  
เชียงใหม่ : ยูนิตี แอนด์ โปรเกรสโซลูชั่น.
- อารีย์ เชื้อสาวะถี. (2546). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก  
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพล  
จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา  
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โอเริ่ม. (1985). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเริ่ม. ใน สมจิต  
หนูเจริญกุล. (2552). (บรรณาธิการ), การพยาบาล  
ทางอายุรศาสตร์เล่ม 1, หน้า 6. กรุงเทพมหานคร :  
วี. เจ. พรินต์ติ้ง.
- Cruz, D. M., Pimenta, C. M., Lunney, M. (2009).  
Improving Critical Thinking and Clinical  
Reasoning With a Continuing Education  
Course. *The Journal of Continuing Education  
in Nursing March* (40) : 121-127.
- Huang, Y.-C., et al. (2012). Case studies combined  
with or without concept maps improve  
critical thinking in hospital-based nurses:  
A randomized-controlled trial. *Int. J. Nurs.  
Stud* 1-8.
- Jackie, H. Jones. (2010). Developing Critical Thinking  
in the Perioperative Environment. *AORN  
Journal* (2) : 248-256
- Kaddoura, M. (2011). Critical Thinking skill of Nursing  
Students in Lecture - Based Teaching and  
Case - Based Learning. *International Journal  
for the Scholarship of Teaching and Learning*  
(5) : 1-18
- Lunney, M. (2010). Use of Critical Thinking in the  
Diagnostic Process. *International Journal of  
Nursing Terminologies and Classifications*  
(21) : 82-88.
- Scheffer, B. K., & Rubenfeld, M. G. (2000). A consensus  
statement on critical thinking. *Journal of  
Nursing Education* (39) 352-359.
- Rosalinda, A. L. (1998). *Applying Nursing Process  
A Step-By-Step Guide*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia:  
Lippincott Company.
- Sokrin, K & Lenore, M. (2007). Health seeking and  
access to care for children with suspected  
dengue in Cambodia: An ethnographic study.  
*BMC Public Health* 7 : 262.