

วารสาร

ISSN 2697-5041 [Online]

วิจัยสุขภาพและการพยาบาล

Journal of Health and Nursing Research

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol.40 No.2 May - August 2024



ศูนย์การเรียนรู้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ



<http://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>



Journal of Health and Nursing Research

ISSN 2697-5041 (Online)

Vol. 40 No. 2 May – August 2024

Advisory Board	Dr. Panarut Wisawatapnimit	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Editor	Dr. Yupaporn Trirapaiwong	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Assistant Editors	Sasiwimon Booranarek	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Asst. Prof. Sopha Raksathum	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
Editorial team		
	Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
	Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan.
	Assoc. Prof. Dr. Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand
	Assoc. Prof. Dr. Somjai Puttapitukpol	Thailand Nursing and Midwifery Council
	Assoc. Prof. Dr. Suparb Aree-Ue	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Mahidol University, Thailand.
	Assoc. Prof. Dr. Arpaporn Powwattana	Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Natawan Khumsaen	Boromarajonani College of Nursing, Sanpsithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Doungnetre Thummakul	Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Ratchaneekorn Upasen	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Laiad Chaemchan	Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Asst. Prof. Dr. Wongchan Petpichetchian	The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand.
	Dr. Tanapa Rittiwong	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.
	Dr. Waranya Sangpithuk	Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand.

Owner: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Thailand.

Office & Publisher:

Boromarajonani College of Nursing, Bangkok
2/1 Phayathai Road, Ratchathewi, Bangkok 10400 Thailand.
Tel. 66-2-354-2320 Ext. 411
Fax. 66-2-2354-2319
E-mail: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

Objectives:

1. To disseminate research articles and academic articles on nursing and related sciences.
2. To be a medium for exchanging knowledge and experiences in nursing, education and related sciences.
3. To be a source of academic presentations for health personnel.

The publication of 3 issues /year

Issue 1 January - April
Issue 2 May - August
Issue 3 September - December

Journal Management Department

Sasiwimon Booranarek
Rungkanda Phummara
Suwinan Inwised
Phinyaphat Pichayatadapat



Journal of Health and Nursing Research

วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล

ISSN 2697-5041 (Online)

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

Vol. 40 No. 2 May – August 2024

ที่ปรึกษา	ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
บรรณาธิการ	ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรช ผศ.โสภา รักษาธรรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

กองบรรณาธิการ

Prof. Dr. Henrik Eriksson	Department of Health Sciences, Section for Health Promotion and Care Sciences, University West, Trollhattan, Sweden.
Prof. Dr. Hsing-Mei Chen	Department of Nursing, College of Medicine National Cheng Kung University, Taiwan
รศ. ดร.สมรภาพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประเทศไทย
รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์	สภากาการพยาบาล
รศ. ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย
ผศ. ดร.ณัฐวราวรรณ คำแสน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ประเทศไทย
ผศ. ดร.รัชนีกร อุปเสณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย
ผศ. ดร.ละเอียด แจ่มจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ. ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร	กรรมการบริหารวิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง แห่งประเทศไทย สภากาการพยาบาล ประเทศไทย
ดร.ธนาภา ฤทธิวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย
ดร.วรัญญา แสงพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประเทศไทย

เจ้าของ: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร

สำนักงาน ผู้จัดพิมพ์ : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ

2/1 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพ 10400

โทรศัพท์ 0-2354-2320 ต่อ 411 โทรสาร 0-2354-2319

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>

วัตถุประสงค์:

1. เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
2. เป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาล การศึกษา และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง
3. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสุขภาพ

การเผยแพร่วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ฝ่ายจัดการวารสาร

อาจารย์ศศิวิมล บุรณะเรข

นางสาวรุ่งกานดา ภูมรา

นางสาวสุวินันท์ อินทร์วิเศษ

นางสาวภิญญาพัชญ์ พิษณุธาดาพัฒน์

1. รศ. ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รศ. ดร.พัชรี วรกิจพูนผล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. รศ. ดร.สมใจ พุทธาทิทัศกุล สภาการพยาบาล
4. รศ. พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
5. ผศ. ดร.กิตติภูมิ ภิโยย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ผศ. ดร. จิราวรรณ กล่อมเมฆ คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก
7. ผศ. ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
8. ผศ. ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
9. ผศ.เบญจมาศ โอบารรัตน์มณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10. ผศ. พ.อ.ดร.ปรานี อ่อนศรี สำนักงานปฏิบัติการจักษุความมั่นคงภายในกองทัพบก
11. ผศ. ดร.ละอียด แจ่มจันทร์ นักวิชาการอิสระ
12. ผศ. ดร.วรรณวดี ฌักค นักวิชาการอิสระ
13. ผศ. ดร.วัชรภรณ์ เชี่ยววัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
14. ผศ. ดร.สุทธิจารัตน์ เจริญพงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
15. ผศ. ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
16. ผศ. ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
17. ผศ. ดร.อัญชลีพร อมาตยกุล นักวิชาการอิสระ
18. ผศ.กัลปิงหา ไชลิวสกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
19. ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
20. ดร.กฤตพัทธ์ ผีกฝน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
21. ดร.จิราพร สุวะมาตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
22. ดร.จิราพร ทองดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
23. ดร.กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
24. ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก
25. ดร.เชษฐา แก้วพรม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

- | | | |
|-----|------------------------------|---|
| 26. | ดร.ณัฐจิตา เพชรประไพ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 27. | ดร.ดาราวรรณ รongเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 28. | ดร.ธนาภา ฤทธิวิงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 29. | ดร.ธัญญาศิริ โสมคำ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 30. | ดร.นุสรา ประเสริฐศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 31. | ดร.พัชรภา กาญจนอุดม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 32. | ดร.พัชรี ใจการุณ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 33. | ดร.พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 34. | ดร.มาสริน ศุกลปักษ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 35. | ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 36. | ดร.รัตติกกร เมืองนาง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 37. | ดร.รุ่งนภา เขียวชะอ้า | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 38. | ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 39. | ดร.วิสิษฐ์ศรี เพ็งน่วม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 40. | ดร.ศรีสุดา จามขำ | คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 41. | ดร.สาตี แฮมิลตัน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก |
| 42. | ดร.สินศักดิ์ชื่นม อุ่นพรหมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 43. | ดร.สุภาพร วรรณสันทัด | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 44. | ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 45. | ดร.สุวรรณี สร้อยสงค์ | คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น |
| 46. | ดร.อัจฉรา คำมะทิตย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก |
| 47. | ดร.อติพร สำราญบัว | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 48. | ดร.อุไร นิโรจน์นันท | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี |

สารบัญ

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต ของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	1
นันทยา นนเลาพล อรุณา แก้วเกิด ไพรวลัย โคตรตะ	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาในเด็กอายุ 2 - 5 ปี	12
ฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์ อภาภววรรณ หนูคง สมสิริ รุ่งอมรรัตน์	
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลดงตัว	25
ณติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร อรุณา แก้วเกิด นรากร พลหาญ พิพัทธ์พงษ์ เข้มปัญญา เจริญชัย หมื่นห่อ	
ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในรายวิชา นวัตกรรมทางการพยาบาล	36
นิจวรรณ วีรวัดโนดม ฐิติมา คาระบุตร ชุติมา มาลัย	
การศึกษาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข	49
ประวีณา สิทธิเทศ วาสิณี วิเศษฤทธิ์	
ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิศเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	61
คมกฤทธิ การชะงัด ศิริรัตน์ ปานอุทัย จิตตวดี เจริญทอง	
การวิเคราะห์องค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	74
ลักขณา ศิริถิรกุล จารุวรรณ สอนงญาติ เนติยา แจ่มทิม ดารินทร์ พนาสันต์	
ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ต่อความรู้และความมั่นใจในการให้ การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดของนักศึกษาพยาบาล	88
นันทิดา วัดยิ้ม ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ ภัทรา สุวรรณโท	
ผลของการใช้โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุต่อสมรรถภาพทางกาย	100
ดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล จิตรลดา สมประเสริฐ	
ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง	113
นภาพิณ จันทขัมมา ทรงพล ผดุงพัฒนากุล พัทยา แก้วสาร	
ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์	126
ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์ จิตรประภา รุ่งเรือง ตฤณ ทิพย์สุทธิ	
ผลของการใช้แนวคิด สุขข. โมเดล ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา	137
เอกพันธ์ คำภีระ ธาณี กล่อมใจ วรรณญาณกร โนใจ อัมพร ยานะ	
ผลของการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กต่อความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กชนเผ่าม้ง ที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โรคไข้หวัดใหญ่ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา	152
อาภัสรา หอมนาน วิสิษฐ์ศรี เฟื่องนุ่ม	
การพัฒนาแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	163
สรินทร เขียวโสธร ญาดา นัยเลิศ รวีวรรณ อินจ้อย จิราภา ศิริรัตน์	

สารบัญ

ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา	176
กานต์พิชชา จันธิมา กฤตพัทธ์ ผีกฝน ธีระวรรณ ศรีสุวรรณ	
การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง	188
ทศพร ทองย้อย	
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล กงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย	201
นिसา สำเภาเงิน พนารัตน์ เจนจบ นฤมล เอกธรรมสุทธิ์	
การทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงจากภาวะสูงสุด ลำลึกชี้เทา	213
สุชีวา วิชัยกุล ทศนีย์ ใจภักดี	
บทความวิชาการ	
การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: สภาวะปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไข	226
ลวิตรา กำวี ภูเบศร์ นภัทรพิทยากร จักรกฤษณ์ พลราชม	
กลยุทธ์การสอนโดยใช้ฟอร์มเรียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาล	237
รัตติกร เมืองนาง สุมัทณา แก้วมา	

Content

Volume 40 Number 2 May – August 2024

Research Articles

- The Effects of a Disease Prevention Program of Health Belief Model on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Pre - Hypertension of Group Monks 1
Nantaya Nonlaopon, Onuma Kaewkerd, Paiwan Kotta
- Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Language Development Promoting Behavior of Caregivers and Expressive Language Development of Children Aged 2 - 5 Years Old 12
Thanavee Thanachaibubparom, Apawan Nookong, Somsiri Rungamornrat
- Effects of the Health Belief Model Education Program in Patients with Type 2 Diabetes at Dong Tiu Subdistrict Health Promoting Hospital 25
Nuttiya Prommasakha Na Sakonnakhon, Onuma Kaewkerd, Narakorn Ponham,
Pipatpong Kempanya, Charoenchai muenhor
- The Effect of Project - Based Learning to Enhance Learning Outcomes According to the National Higher Education Qualifications Framework and Satisfaction with the Learning Management of Third - Year Nursing Students in the Nursing Innovation Course 36
Nitjawan Weerawatthanodom, Thitima Karabutr, Chutima Malai
- A Study of Oncology Nurse Specialist Competencies, Cancer Regional Cancer Hospital of Ministry of Public Health 49
Praweena Sitthites, Wasinee Wisarith
- Effects of PITS - Based Education to Enhance Health Literacy on Self - Management among Older Persons with Knee Osteoarthritis 61
- Exploratory Factor Analysis of Work-life Balance of Professional Nurses in the Tertiary Hospitals 74
Lakana Siratirakul, Jaruwan Sanongyard, Netiya Jaemtim, Darin Panasant
- Effects of Simulation - Based Learning for Preparation on Knowledge and Confidence in Providing Nursing Care during the First Stage of Labor among Nursing Students 88
Nunthida Wadyim, Chayaporn Ekthamasuth, Pattra Suwannato
Komgrit kanchangud, Sirirat Panuthai, Jittawadee Rhiantong
- The Effects of Physical Activity Program on Physical Fitness in Older Adults 100
Duangthip Anansupamongkol, Chitralada Somprasert
- Effects of the Health Screening and Communication Capacity Building Program of Village Health Volunteers in Preventing Chronic Kidney Disease 113
Napaphen Jantacumma, Songpon Padoungpattanakul, Pattaya Kaewsarn
- Relationships between Predisposing Factors, Enabling Factors, and Reinforcing Factors with Chronic Disease Prevention Behaviors among People Aged 15 Years and Older in the Urban Community, Mueang District, Buriram Province 126
Siriluk Suwannawong, Jitprapa Rungruang, Trin Thipsut
- Effects of PBRI's Model Implementation on Prevention and Control for Non - Communicable Disease among People Living in Muang Phayao, Phayao Province 137
Aekkaphan Khampeera, Tanee Glomjai Varanyakron, Nojai Amporn Yana

Content

Volume 40 Number 2 May – August 2024

Effects of using Animated Cartoons in Hmong Language “Titled: The Influenza in Children” on Knowledge of Hmong Guardians Caring for Children under 5 Years Old with Influenza at Chiangkham Hospital, Phayao Province Apussara Homnan, Wisitsri Phengnum	152
The Development of a Mental Health Care Integrative Program for Military Personnel in the Three Southern Border Provinces Sarintorn Chiewsothorn, Yada Nuilers, Raveewon Injui, Jirapa Srirath	163
Effects of Implementing Practice Guideline for an Online Appointment Referral System in the Outpatient Department of the Chiangkham Hospital Network, Phayao Province Karnpitcha Chanthima, Krittapat Fukfon, Theerawan Srisuwan	176
The Development of A Discharge Planning Model for Spinal Surgery Patients Todsaporn Tongyoy	188
The Effectiveness of Using Clinical Nursing Practice Guideline for Sepsis Patients in Emergency Department, Kongkrait Hospital, Sukhothai Province Nisa Samphaongern, Panarat Chenchob, Narumon Ekthamasut	201
Clinical Care Guideline for the Newborn with Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn with Meconium Aspiration Syndrome: A Scoping review Susheewa Wichaikull, Tassanee Jaipakdee	213
Articles	
Drowning of Children under 5 Years Old: Problem, Causal Factors, and Solutions Lawitra Kawee, Phubate Napatpittayatorn, Chakkrit Ponrachom	226
Forum Theatre as a Teaching Strategy in Nursing Education Rattikorn Muangnang, Sumuttana Kaewma	237

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 วารสาร ฯ ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จำนวน 3 ท่าน (Double - blind peer review) เพื่อให้ผู้อ่านทุกท่านได้รับความรู้ที่ทันสมัยจากบทความที่มีคุณภาพและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป

ขอเชิญชวนท่านผู้อ่านพิจารณารายละเอียดเนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ซึ่งประกอบด้วยบทความวิจัย 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง บทความวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการพัฒนาโปรแกรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประชาชนทั่วไป และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทความวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การใช้แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอก การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื่อในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง และการพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ บทความวิจัยเกี่ยวกับวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง และความสมดุลชีวิต และการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ บทความวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล ได้แก่ การใช้โครงการเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างผลการเรียนรู้ของนักศึกษา และการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา นอกจากนี้ฉบับนี้ยังมีบทความวิชาการ สำหรับบทความวิชาการเกี่ยวกับการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลยุทธ์การสอนโดยใช้ฟอรัมเธียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาล

ท่านผู้อ่านที่มีผลงานวิชาการและต้องการส่งผลงานเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับที่เว็บไซต์: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok> อัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบทความภาษาไทยเรื่องละ 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน) และบทความภาษาอังกฤษเรื่องละ 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน) และสามารถขอรายละเอียดเพิ่มเติมได้จากเจ้าหน้าที่วารสาร โทร. 02-354-2320 ต่อ 411 หรือทาง Email: Journalbcn@bcn.ac.th และ Facebook Fanpage: Journal of Health and Nursing Research

ดร.ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์

บรรณาธิการ

บทความวิจัย

The Effects of a Disease Prevention Program of Health Belief Model on Health Behaviors and Blood Pressure Levels among Pre - Hypertension of Group Monks

Received: Oct 20, 2023

Revised: Jan 18, 2024

Accepted: Feb 6, 2024

Nantaya Nonlaopon, M.N.S.¹Onuma Kaewkerd, Ph.D.^{2*}Paiwan Kotta, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Monks are a high - risk group of people who are facing chronic diseases and high blood pressure due to eating behavior and exercise with limitations in the Buddha discipline.

Research objectives: To study the effects of a disease prevention program on health perception, behaviors and blood pressure levels of monks who were groups at risk for high blood pressure.

Research methodology: This study was quasi - experimental research with one group measurement before and after. The sample was the monks with risk for high blood pressure. Monks retreated in the Phon Sawan District of Nakhon Phanom Province were selected with a random sample to meet the criteria of 35 people. The study was conducted within 12 weeks. The measurements used to collect data were personal information, health belief questionnaires, and behavior questionnaires. The experimental measurement was a prevention program. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and dependent t - test.

Results: The study revealed that after receiving the disease prevention program according to the health belief model the sample group had a significantly higher mean score than before joining the program with statistical significance ($p < .001$), and the mean blood pressure level was lower than before joining the program with statistically significance ($p < .001$)

Conclusion: The program helps make people aware of health belief patterns on behaviors for preventing high blood pressure in high - risk monks' effectiveness leading to lower blood pressure levels.

Implications: Nurses should use this program to improve behavior for preventing high blood pressure among monks with risk group monks results in lower blood pressure levels.

Keywords: disease prevention program, health belief model, health behavior of monks, high risk blood pressure

¹Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner Email: nanthyann6@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Email: onumakaewkerd@gmail.com

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.

³Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani, Thailand.

Email: Paiwankotta@yahoo.com

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Received: Oct 20, 2023

Revised: Jan 18, 2024

Accepted: Feb 6, 2024

นันทยา นนเลาพล พย.ม.¹

อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.^{2*}

ไพรวลัย โคตรตะ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังและความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการบริโภคหรือการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้วยข้อจำกัดทางพระธรรมวินัย

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่จำพรรษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 35 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ dependent t - test

ผลการวิจัย: พบว่าหลังเข้ารับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมช่วยทำให้การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงดีขึ้น และส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงและป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อลดระดับความดันโลหิต

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹นักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครพนม Email: nanthyann6@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: onumakaewkerd@gmail.com

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อุบลราชธานี ประเทศไทย Email: Paiwankotta@yahoo.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกราว 1 พันล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่าจะมีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคนในปี พ.ศ.2568¹ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลกราว 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด² ประเทศไทยพบความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2557³ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ⁴ ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากตัวโรค และการรักษา สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางการลดอัตราการความชุกของโรค ภายในปี พ.ศ. 2568 ไม่เกินร้อยละ 25 โดยให้ความสำคัญในการป้องกันระยะเริ่มต้น ด้วยการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่⁵ สอดคล้องกับประเทศไทย มีนโยบายในการควบคุมอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ด้วยการเพิ่มการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป และควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลง พระสงฆ์เป็นอีกประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาด้านสุขภาพ พบว่า มากกว่า 100,000 ราย ที่มีอาการอาพาธเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศ ปี 2559 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหา 1 ใน 5 อันดับแรกรองจากโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และโรคไตวาย โดยพบความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 65.63⁶ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง(Pre - Hypertension) หมายถึง บุคคลที่มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 139 mmHg และความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 mmHg⁷

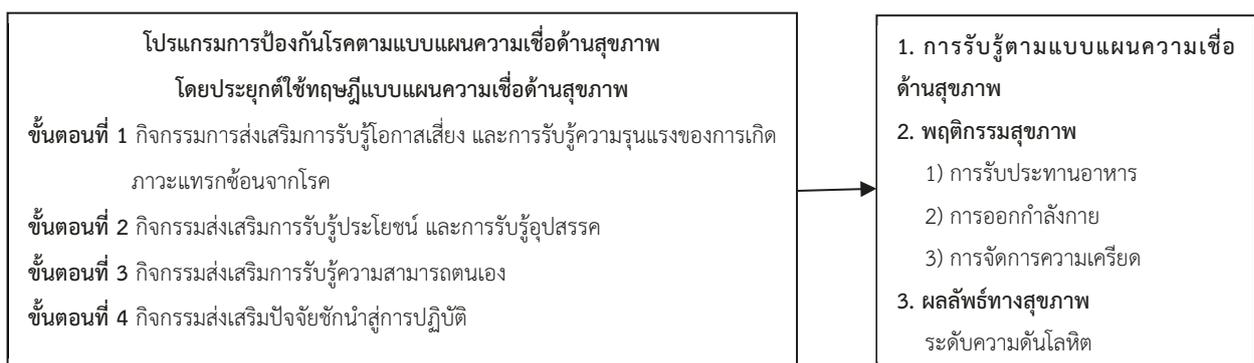
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลโพนสวรรค์ ได้คัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตอำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม จากสถิติการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง 3 ปีซ้อนหลัง พบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.00, 30.54 และ 34.80 ตามลำดับ และกลุ่มป่วยพบว่ามีถึงร้อยละ 13.98, 12.31 และ 13.77 ตามลำดับ พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 1.69, 0.98 และ 1.53 ตามลำดับ⁸ จากการสัมภาษณ์พระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวาน มัน และอาหารเค็ม จากญาติโยมที่นำมาถวาย เลือกกินไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา⁹⁻¹⁰ มีการออกกำลังกายน้อย และไม่เพียงพอเนื่องจากความเชื่อที่ว่า พระสงฆ์ต้องสำรวม กลัวผิดต่อหลักพระธรรมวินัย¹¹ โรงพยาบาลโพนสวรรค์ได้ดำเนินการส่งเสริมและป้องกันโรคตามแนวทางโดยการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป แต่ยังคงพบว่า อัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเบื้องต้นจากพระสงฆ์กลุ่มดังกล่าว พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)¹² โดยเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมาจากพื้นฐานการรับรู้ต่อสถานการณ์นั้น ๆ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มุ่งหวังได้โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวได้ดี และมีมากกว่าอุปสรรคก็จะมีอิทธิพลต่อแรงผลักดันที่ทำให้

บุคคลนั้นมีพฤติกรรมกำบังโรคเกิดขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำโปรแกรมแบบแผนความเชื่อไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสม และมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคได้ดีขึ้น¹³⁻¹⁴

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมกำบังโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹² ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เมื่อมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้มากขึ้นเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พร้อมทั้งหากพบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์ หรือเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ไม่มีอุปสรรค และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรคความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock¹² มาอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมกำบังโรค ตามแบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อวางแผนกิจกรรมโปรแกรมในป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยง ในด้านพฤติกรรมกำบังประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมต่อเนื่อง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงสู่เกณฑ์ปกติ และป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันกำบังโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 6) ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกำบังโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำพรรษาที่วัดในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม จำนวน 68 รูป จากการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี 2566 โดยการตรวจคัดกรองตามการจำแนกโรคความดันโลหิตสูงตามความรุนแรงในผู้ใหญ่อายุ 18 ปี ขึ้นไป⁷ ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างทำการวัดระดับความดันโลหิตซ้ำที่วัดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่จำพรรษาที่วัดในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีระดับความดันโลหิตค่าซิสโตลิก อยู่ระหว่าง 120 - 139 mmHg และค่าไดแอสโตลิก อยู่ระหว่าง 80 - 89 mmHg 2) จำพรรษาอยู่ในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) อายุ 20 – 59 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งพูด อ่าน เขียนได้ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เช่น โรคเมเร็ง โรคหัวใจ หรือโรคร้ายแรงอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามโปรแกรมได้จนครบหรือลาสิกขา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power¹⁵ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลที่ .5 และอำนาจการทดสอบ (Power) .85 เนื่องจากเป็น อิทธิพลขนาดกลาง¹⁶ และระดับความเชื่อมั่น .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 31 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 คือ 3.1 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเท่ากับ 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย ประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ประวัติโรคประจำตัว และประวัติทางพันธุกรรมโรคความดันโลหิตสูง
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์จากงานวิจัยของสนธนา สีฟ้า¹⁷ ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี โดยเป็นแบบ

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์สอบถามเรื่องพฤติกรรม และแบบแผนความเชื่อ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

3) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ¹⁷ เพื่อประเมินระดับการกระทำครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด จำนวน 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ แปลข้อคำถามเป็น 3 ระดับ คะแนน 1.00 - 2.00 หมายถึง ระดับต่ำ 2.01 - 3.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.01 - 4.00 หมายถึง ระดับสูง

4) เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐานยี่ห้อ Omron รุ่น HEM - 7200 ผ่านการเทียบมาตรฐาน (Calibration) จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์จังหวัดขอนแก่น ไม่เกิน 1 ปี ใช้เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย วิธีการวัดความดันโลหิต คือ ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งพักเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาทีก่อนวัด นั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เท้าวางพื้น แขนวางบนโต๊ะ ระดับตำแหน่งต้นแขนที่วัดความดันโลหิตอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรม โดยค้นคว้าเอกสาร ตำราและงานวิจัย ซึ่งได้ 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรมขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) ในสัปดาห์ที่ 1 โดยกิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคลต้นแบบและกิจกรรมการให้ความรู้ตามโปรแกรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers) ในสัปดาห์ที่ 2 ผ่านกิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self - efficacy) ในสัปดาห์ที่ 3 ผ่านกิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องการฉีกรักษา การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ผ่านกิจกรรมที่ 5 เพื่อติดตามและทบทวนกระบวนการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการติดตามเยี่ยมที่วัด ใช้เวลาครั้งละ 15 - 20 นาที และติดตามทางโทรศัพท์ใช้เวลา ครั้งละ 10 - 15 นาที โดยในสัปดาห์ที่ 4 - 5 ติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 6 ติดตามเยี่ยมที่วัด สัปดาห์ที่ 7 - 8 ติดตามผ่านโทรศัพท์ สัปดาห์ที่ 9 ติดตามเยี่ยมที่วัด และสัปดาห์ที่ 10 - 11 ติดตามผ่านโทรศัพท์ และสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมที่ 6 เป็นการสรุป ประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและระดับความดันโลหิตตามแนวทาง¹⁴ โดยผู้วิจัยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ เท่ากับ .80 ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2566

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาโปรแกรม โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม

กับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พบค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00 และนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นทดลองใช้ในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอท่าอุเทน ซึ่งเป็นที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 รูป ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาของเครื่องมือของแบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .75 และ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ขออนุมัติเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยออกพบพระสงฆ์ แล้ววัดความดันโลหิต นัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมที่วัดศรีสว่าง ตำบลโพนจาน อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 - 3 นัดทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 4 - 11 เป็นการติดตามผ่านโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน (วัด) สัปดาห์ที่ 12 สิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่โครงการวิจัย HE 118/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2566 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิการเข้าร่วม และถอนตัวจากการวิจัย ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการที่โรงพยาบาลโพนสวรรค์ หากเกิดอาการเจ็บป่วยหรืออันตรายระหว่างการวิจัยจะได้รับการดูแล และนำส่งโรงพยาบาลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ dependent t - test การทดสอบข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงโค้งปกติ ข้อมูลระดับมาตราส่วนขึ้นไป พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ dependent t - test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 42.90 โดยมีอายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และมีอายุเฉลี่ย 41.91 ปี (SD = 9.22) มีจำนวนประชากรระหว่าง 1 - 27 พรรษา เฉลี่ย 9.80 พรรษา (SD = 8.41) ระดับการศึกษาแผนกสามัญทางโลก ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 31.40 ส่วนระดับการศึกษาทางธรรม ส่วนใหญ่จบการศึกษาทางธรรม ร้อยละ 62.90 โดยจบนักธรรมชั้นตรี ร้อยละ 28.60

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.90 ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.10 ส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.30 และส่วนใหญ่มีประวัติพันธุกรรมคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.90

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Systolic และความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ dependent t - test พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N = 35)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		M diff	t	P-value
	M	SD	M	SD			
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.63	.57	4.22	.32	.59	12.54	<.001*
พฤติกรรมสุขภาพ	2.62	.43	3.12	.30	.50	13.36	<.001*
ความดันโลหิต (mmHg)							
ความดันโลหิต Systolic	128.03	5.58	118.11	5.74	9.91	12.94	<.001*
ความดันโลหิต Diastolic	81.80	3.97	77.60	4.31	4.20	5.25	<.001*

* p< .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สามารถอภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.54, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าจากการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹² มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามโรค ผ่านกิจกรรมให้ความรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฝึกวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงของตน ทำให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคส่งผลทำให้เกิดความกลัว และพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรค นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการสร้างการรับรู้ประโยชน์ และลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการบอกเล่าประสบการณ์ของตัวแบบพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมที่ดี ไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ทำให้พระสงฆ์เห็นประโยชน์ สามารถลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ และต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมช่วยสร้างความเชื่อมั่นว่าตนเอง

สามารถปฏิบัติได้ ผ่านกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้ และสาธิตฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการฉันทานอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย พุทธศาสนิกชนสร้างแรงจูงใจทำให้พระสงฆ์เกิดความมั่นใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้น และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมดังกล่าวทำให้หลังการเข้ารับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาประยุกต์ใช้โปรแกรมศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตากลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ได้¹⁹

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 13.36, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐาน อภิปรายได้ว่าการปรับพฤติกรรมของพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงเกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จากการเสนอตัวแบบพระสงฆ์ที่ป่วยและมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้พระสงฆ์ทราบภาวะคุกคามของโรคทำให้ต้องการปฏิบัติพฤติกรรมที่ป้องกันโรคเกิดขึ้น การรับรู้ประโยชน์มากกว่าอุปสรรคในการปรับพฤติกรรม ผ่านตัวแบบพระสงฆ์ที่ปฏิบัติตัวดี และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมโปรแกรมให้ความรู้ ผ่านการปฏิบัติ และสาธิตด้านฉันทานอาหาร การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย และการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย ทำให้พระสงฆ์เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ส่งผลให้พระสงฆ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี โดยสามารถเลือกฉันทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงได้ คือ ลดการฉันทานอาหารที่มีรสเค็มและอาหารที่มีส่วนผสมของเกลือในปริมาณที่สูง เช่น ปลา ส้ม ผักดอง เป็นต้น ไม่เติมเครื่องปรุงรสเพิ่ม ลดฉันทานอาหารไขมันสูง ฉันทานเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ เป็นต้น เพิ่มการฉันทผักและผลไม้มากขึ้น สามารถใช้ทักษะในการปฏิเสธการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ โดยใช้คำพูดที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายตามกิจวัตรที่ไม่ขัดธรรมวินัยเพิ่มขึ้น และมีการนำหลักภวนาเจริญสติ มาใช้ในการจัดการความเครียด จากการติดตามเยี่ยมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจและติดตามการบันทึกพฤติกรรมในคู่มือพบว่าพระสงฆ์ให้ความสนใจและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้มากขึ้น และปฏิบัติต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีคือระดับความดันโลหิตลดลง โดยพบว่าระดับความดันโลหิต Systolic และ Diastolic หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 12.94, p < .001$ และ $t = 5.25, p < .001$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.73, p < .001$) และพบว่า

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.33, p < .001, t = 21.41, p < .001$ ตามลำดับ)¹⁴

ดังนั้น สรุปผลได้ว่าโปรแกรม ฯ ช่วยทำให้พระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง และไม่เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเรื้อรัง ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำกิจกรรมโปรแกรมนี้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ส่งผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับไขมัน ในเลือด เป็นต้น หรือศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมของพระสงฆ์โดยอาศัยชุมชนมีส่วนร่วม

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles [Internet]. 2013 [cited 2022 May 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/profiles-ncd>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Statistics on the death rate from blood pressure disease high blood pressure in Thailand, 2016-2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://shorturl.asia/6Ebal>. (in Thai)
3. Thai Public Health Survey Office. Report on the 6th survey of the health status of Thai people by physical examination. Bangkok: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
4. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://shorturl.asia/8kCD4> (in Thai)
5. World Health Organization. A global brief on hypertension. Geneva: WHO; 2014.
6. Monks Hospital, Department of Medical Services. Annual report 2019 monks hospital [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2562/2562.pdf> (in Thai)
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. The Journal of the American Medical Association. 2003;289(19):2560-71.
8. Health Data Center. Information to respond to health status for group of monks and novices. [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 29]. Available from: <https://shorturl.asia/qzQZ9>

9. Tansakul C, Phumriew R, Rojanaviphath P. Self-care and food consumption behavior of the monks in Taweewattana district, Bangkok metropolis. [Internet]. 2018 [cited 2023 Feb 15]. Available from: <https://shorturl.asia/v0NZ2>
10. Ramanwong S, Subruangthong W, Sooksamran S. Promoting holistic health care of the monks in Lopburi. *Rajapark Journal (Humanities and Social Sciences)* 2018;12(25):94-95. (in Thai)
11. Tongterm T. Factor associated with physical activity among the elderly buddhist monks living in Sisaket province. *Journal of MCU Nakhondhat* 2019;6(9):4425-37. (in Thai)
12. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, editor. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
13. Sanjorn W. Effectiveness of health education program applying theory health belief model to evaluate knowledge and prevention behaviors regarding stroke of hypertension patient Kantrang hospital Trang province [dissertation]. Trang: Sirindhorn College of Public Health Trang; 2019. (in Thai)
14. Loussug W, Lawang W, Homsin P. The effects of application of the health belief model with family support program on preventive behaviors against cerebrovascular disease among individual at risk. *Journal of Nursing and Education* 2019;12(4):32-45. (in Thai)
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power 3: a flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007;39(2):175-191.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2013.
17. Sifa S. The study of health promoting behavior of monks in Pattani province. *Academic Journal of Thailand National Sports University* 2018;10(1):117-26.
18. Ngerndee K. The effectiveness of health belief application program for stroke prevention behavior among hypertensive patients at Muang district, Phayao province [Master's thesis]. Phayao: Phayao University; 2021. Available from: <http://www.updc.clm.up.ac.th/handle/123456789/1799> (in Thai)
19. Mheaium P, Kanokthet T. Factors effect with health behavior of monk in Takhli district, Nakhonsawan province. *Nakhon Lampang Buddhist Colleges Journal* 2018;9(3):1-12. (in Thai)

Effects of a Health Literacy Enhancement Program on Language Development Promoting Behavior of Caregivers and Expressive Language Development of Children Aged 2 - 5 Years Old

Received: Apr 22, 2024

Revised: Jun 6, 2024

Accepted: Jun 10, 2024

Thanavee Thanachaibubparom, RN, M.S.N.¹

Apawan Nookong, RN, Ph.D.^{2*}

Somsiri Rungamornrat, RN, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Promoting health literacy among caregivers supports the enhancement of language development promoting behaviors in caregivers and improves expressive language in children with developmental delays.

Research objectives: To compare health literacy and language development promoting behaviors of caregivers, the number of words the child pronounces and the expressive language development of children between the experimental and control groups.

Research methodology: This quasi - experimental research was a two - group design. The sample groups were 66 pairs of caregivers and children aged 2 - 5 years with delayed language development (33 per sample group). Data were collected using the health literacy of caregivers' questionnaire, the language development promoting behaviors questionnaire, the number of words records form and the Manual for Surveillance and Promotion of Early Childhood Development (DSPM). Data were analyzed using Repeated measures ANOVA, Independent t - test, Chi - square and Fisher's Exact test.

Results: Caregivers in the experimental group had significantly higher scores of health literacy and language development promoting behaviors than the control group ($F = 9.40, p < .003$; $F = 4.74, p < .033$, respectively). The children in the experimental group did not significantly differ from the control group in terms of expressive language development and the number of words produced by the children. However, after implementing the program, children in the experimental group had higher numbers of normal language development than control group ($p < .01$), while the control group was no different.

Conclusion: The health literacy enhancement program can promote health literacy and expressive language development behaviors of caregivers, and children had better expressive language development.

Funding: Mahidol University Alumni Relations

¹Student of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Email: mythanavee_26@hotmail.com

^{2*}Corresponding author: Associate Professor, Email: apawan.noo@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Email: Somsiri.run@mahidol.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Implications: The intervention should be modify specifically to the developmental stage of each children. The program should integrate technology for continuous monitoring and support caregiver's behaviors for promoting development of children.

Keywords: health literacy enhancement program, behaviors for promoting language development, language development, children's caregivers, children aged 2 - 5 years old

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาในเด็กอายุ 2 - 5 ปี

Received: Apr 22, 2024

Revised: Jun 6, 2024

Accepted: Jun 10, 2024

ฐานวีร์ ธนชัยบุบผารมย์ พย.ม.¹

อาภาวรรณ หนูคง ปร.ต.^{2*}

สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ ปร.ต.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแลช่วยสนับสนุนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล และส่งเสริมให้เด็กที่มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาไม่สมวัยมีพัฒนาการดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล จำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็ก ระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและเด็กอายุ 2 - 5 ปี ที่มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาไม่สมวัย จำนวน 66 คู่ (กลุ่มละ 33 คู่) เครื่องมือ คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา แบบบันทึกจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Repeated measures ANOVA, Independent t-test, Chi - square และ Fisher's Exact test.

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.40, p < .003$; $F = 4.74, p < .033$) เด็กในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ภายหลังการทดลองเด็กกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมเด็กมีพัฒนาการไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผล: โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น และเด็กมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรปรับปรุงโปรแกรม ฯ ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับระดับพัฒนาการของเด็ก นำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา ผู้ดูแลเด็ก เด็กอายุ 2 - 5 ปี

ได้รับทุนสนับสนุนจาก สมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล

¹นักศึกษาลัทธิสุทธพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก Email: mythanavee_26@hotmail.com

^{2*}Corresponding author รองศาสตราจารย์ Email: apawan.noo@mahidol.ac.th

³รองศาสตราจารย์ Email: Somsiri.run@mahidol.ac.th

¹⁻³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การที่เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ถึงแม้ว่าระบบสาธารณสุขมีการคัดกรอง และมีโปรแกรมในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่ชัดเจน แต่ยังคงพบเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในอัตราเพิ่มขึ้น จากการสำรวจพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน ในปี 2561 – 2563 ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ ด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental surveillance and promotion manual: DSPM) พบว่า เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 19.70, 21.60 และ 20.80 ตามลำดับพัฒนาการไม่สมวัยที่พบมากที่สุดคือ ด้านการใช้ภาษาพบไม่สมวัยถึงร้อยละ 47.80 จากบันทึกข้อมูลของหน่วยงานกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ. 2565 ด้วยเครื่องมือ Denver II พบว่าเด็กอายุ 2 - 5 ปี มีจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาเฉลี่ย 10 คำต่อคน ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ปกติ โดยเด็กที่มีอายุ 2 ปีขึ้นไป ควรพูดได้อย่างน้อย 50 คำ ทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ และพัฒนาการด้านสังคมของเด็ก¹ หากเด็กในช่วงวัยนี้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม จะทำให้สมองที่กำลังเติบโตเกิดโครงสร้างที่มีการพัฒนาและทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมเต็มศักยภาพ

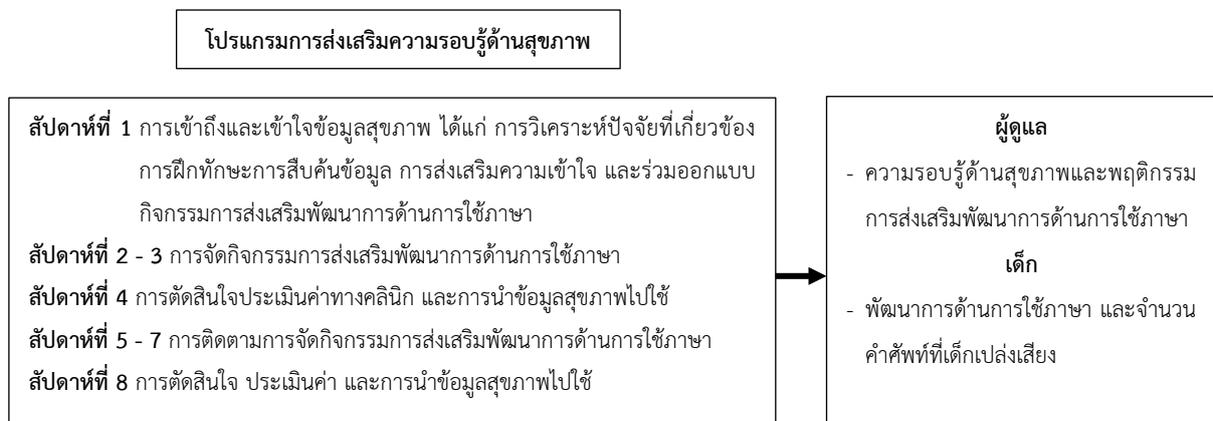
พัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็ก มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็ก การเจ็บป่วยเรื้อรัง น้ำหนักแรกเกิด การได้ยินบกพร่อง และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เด็กที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด มีโอกาสที่จะมีพัฒนาการด้านภาษาไม่สมวัยมากกว่ากลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 29.18 เท่า² ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของผู้ดูแล เมื่อติดตามพัฒนาการของเด็กจากผู้ดูแลที่มีวุฒิการศึกษาต่ำ พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าเป็น 4.4 เท่า³ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อความสามารถในการสืบค้นข้อมูล การรับรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจให้การส่งเสริมพัฒนาการ นอกจากนี้เด็กที่มารดาอ่านหนังสือให้ฟังทุกวัน ตั้งแต่อายุ 1 ปี มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาดีกว่าเด็กที่ไม่ได้รับฟังการอ่านหนังสือ .35 เท่า⁴ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมของมารดาเป็นปัจจัยสำคัญต่อพัฒนาการเด็ก ซึ่งทฤษฎีความรอบรู้สุขภาพได้อธิบายความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลในระบบสุขภาพว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อความรู้ แรงจูงใจ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง

ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้หรือฝึกฝน ต้องการโปรแกรมการดูแลที่ต่อเนื่อง ในระหว่างรอเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้เด็กไม่ขาดโอกาส และผู้ปกครองได้รับบริการที่ตรงกับความต้องการ และพบโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ที่มีกิจกรรมการให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติวิธีการส่งเสริมพัฒนาการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาที่ผ่านมา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้น⁵⁻⁸ การบันทึกวิดีโอขณะมีปฏิสัมพันธ์ผ่านการเล่น พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น⁶ และเด็กมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น⁷⁻⁸ อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงยังไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่าหากมีโปรแกรมที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกระบวนการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ⁹ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ คือ ความสามารถในการค้นหา เลือกแหล่งข้อมูล และรับข้อมูลด้านสุขภาพผ่านกลวิธีที่ฝึกการใช้อุปกรณ์ค้นหาข้อมูล 2) ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ คือ ความสามารถในการจดจำและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ 3) การตัดสินใจประเมินค่า คือ การตีความ กรอง ตัดสิน และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้ก่อนนำไปใช้ และ 4) การนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ คือ ความสามารถในการเตือนตนเอง การจัดการตนเอง และการตัดสินใจนำข้อมูลไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับเด็กที่ผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
4. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็กก่อนและหลังที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็กและเด็กวัย 2 - 5 ปี ที่มารับบริการในหน่วยงานกระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ ในช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึงมีนาคม 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก: ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ถึงอายุ 59 ปี มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับเด็ก และมีเวลาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างน้อย 10 ชม./สัปดาห์ และเด็กได้รับการประเมินด้วยคู่มือ DSPM ครั้งแรกพบว่า มีพัฒนาการไม่สมวัยด้านการใช้ภาษา มีผลการได้ยินปกติ เกณฑ์คัดออก: ผู้ดูแลหลักมีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือมีประวัติเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 และเด็กได้รับการวินิจฉัยโรคในกลุ่มเด็กพิเศษ เช่น ออทิสซึม สมาธิสั้น เด็กที่มีความผิดปกติด้านร่างกายที่มีผลต่อการพูด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการด้านอื่นไม่สมวัยร่วมด้วย

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยอ้างอิงค่าอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียง¹⁰ ได้ค่าอิทธิพล = .5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือถอนตัว จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน โดยใช้ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และช่วงอายุของเด็กแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ 2 ปี - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน ช่วงอายุ 3 ปี - 3 ปี 11 เดือน 29 วัน และช่วงอายุ 4 - 5 ปี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมก่อนจนครบจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจประเมินค่า และการประยุกต์นำข้อมูลสุขภาพไปใช้ กิจกรรมประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการด้านการใช้ภาษา การฝึกทักษะการสืบค้นข้อมูล การบรรยายให้ความรู้ การสอนสาธิต การสาธิตย้อนกลับ การออกแบบกิจกรรม การสะท้อนคิด และการฝึกทักษะ การส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา 2) สื่อการสอน PowerPoint เนื้อหาประกอบด้วย พัฒนาการด้านการใช้ภาษาตามช่วงวัย และกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และวิดีโอเรื่อง “การส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา” 3) คู่มือการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสำหรับเด็กอายุ 2 - 5 ปี 4) แบบบันทึกการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ 5) ตารางออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และ 6) แนวทางการติดตามทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม¹¹⁻¹² ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจประเมินค่า และการนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1) ถึง มากที่สุด (5) พิสัย 24 - 120 คะแนน 4) แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม¹³⁻¹⁴ จำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติ (0) ถึง ประจํา (3) พิสัย 0 - 78 คะแนน 5) แบบบันทึกจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา และ 6) คู่มือ DSPM

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ด้านพัฒนาการเด็ก 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาจิตวิทยาพัฒนาการ 1 ท่าน โดยโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนและความครอบคลุมสาระในแต่ละเรื่อง ปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 3 ราย จึงปรับแก้ไขอีกครั้ง สำหรับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแล ได้ค่า CVI เท่ากับ .98 แบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล เท่ากับ .99 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 15 ราย¹⁵ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .97 และแบบสอบถามพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแลเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขึ้นก่อนการทดลอง 1) เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานกระตุ้นพัฒนาการ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล 2) เมื่อเด็กมารับบริการครั้งแรก พยาบาลประจำหน่วยประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM เมื่อพบเด็กที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จะสอบถามความสนใจของผู้ดูแลในการเข้าร่วมการวิจัย และหากผู้ดูแลสนใจพยาบาลจึงขอให้ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขึ้นดำเนินการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Pretest) ผู้วิจัยประเมินจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาจากการได้ยิน การสังเกต และการสอบถามเพิ่มเติมจากผู้ดูแล ร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการไม่สมวัยด้านการใช้ภาษา 15 นาที การฝึกทักษะสืบค้นข้อมูล 20 นาที การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของเด็ก 20 นาที และร่วมออกแบบกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา 10 - 15 นาที สัปดาห์ที่ 2 - 3 และ 5 - 7 ติดตามการฝึกทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาทางโทรศัพท์ และทาง Application Line สัปดาห์ที่ 4 และ 8 สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา แนวทางการแก้ไข (Posttest ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 4) และสัปดาห์ที่ 10 ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ผู้วิจัยประเมินพัฒนาการเด็ก และจำนวนคำศัพท์ที่เด็กที่เปล่งเสียงออกมา (Posttest ครั้งที่ 2)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2022/686.0905) ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (COA No.REC.080/2565) ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มี

ผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา หรือบริการที่เด็กและผู้ดูแลจะได้รับ การรักษาความลับของข้อมูลและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล และพัฒนาการด้านการใช้ภาษาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi – Square, Dependent t - test และ Fisher's Exact Test เปรียบเทียบส่วนการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองสถิติ Independent t - test

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.88 และเพศชาย ร้อยละ 12.12 ($\chi^2 = .114, p > .57$) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54.54 และ 51.51 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.30 และ 36.36 ตามลำดับ ($\chi^2 = .322, p = .852$) สำหรับลักษณะทั่วไปของเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.69 และ 51.51 ตามลำดับ ($\chi^2 = 2.284, p = .130$) เด็กทุกคนมีพัฒนาการแรกเริ่มไม่สมวัยตามเกณฑ์ ไม่มีโรคประจำตัว ($p = 1.000$)

1. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.40, p < .003$) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.74, p < .003$) ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	14610.97	1	14610.97	9.40	.003
ความคลาดเคลื่อน	99478.97	64	1554.36		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1232966.00	3	410988.67	1974.35	.001
เวลา*กลุ่ม (Time*Group)	7243.60	3	2411.53	11.58	.001
ความคลาดเคลื่อน	39967.39	192	208.16		

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาระหว่างผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2424.24	1	2424.24	4.74	.033
ความคลาดเคลื่อน	32667.75	64	510.43		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	574654.39	3	191551.46	2843.86	<.001
เวลา*กลุ่ม (Time* Group)	1513.24	3	504.41	7.48	<.001
ความคลาดเคลื่อน	12932.36	192	67.35		

*p < .05

2. เปรียบเทียบพัฒนาการด้านการใช้ภาษา และจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาของเด็กหลังการทดลองพัฒนาการด้านการใช้ภาษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = .27, p = .605$) เด็กกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 พัฒนาการด้านการใช้ภาษาอายุ 2 - 5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

พัฒนาการด้านการใช้ภาษา	กลุ่มทดลอง (33 คน)			กลุ่มควบคุม (33 คน)			p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	หลังทดลอง 10 สัปดาห์	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	หลังทดลอง 10 สัปดาห์	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
สมวัย	0 (0)	0 (0)	5 (15.15)	0 (0)	0 (0)	1 (3)	.10
ไม่สมวัย	33 (100)	33 (100)	28 (84.85)	33 (100)	33 (100)	32 (97)	

*p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

จำนวนคำศัพท์	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	563.41	1	563.41	.27	.605
ความคลาดเคลื่อน	133130.56	64	2080.16		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยจำนวนคำศัพท์ที่ได้เปลี่ยนแปลงเสียงออกมาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA (ต่อ)

จำนวนคำศัพท์	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม					
เวลา	24243.82	2	12121.91	57.26	<.001
เวลา*กลุ่ม (Time* Group)	153.82	2	76.91	.36	.696
ความคลาดเคลื่อน	27096.34	128	211.69		

*p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม ฯ ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าใจวิธีการจัดการสาเหตุที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย จากกิจกรรมวิเคราะห์สาเหตุ ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่า โทรศัพท์เป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่พูด ผู้ดูแลมีการวางแผนเมื่อกลับไปที่บ้าน สามารถคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM เนื่องจากในกิจกรรมการส่งเสริมความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ มีการสอนสาธิต และให้ผู้ดูแลได้สาธิตย้อนกลับ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจวิธี และได้ทบทวนด้วยตนเองตามคู่มือ จนเกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจ ประเมินค่าการคัดกรองพัฒนาการได้ด้วยตนเอง แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความเข้าใจควรมีการสอนให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ และมีสื่อที่สามารถใช้ได้สะดวก และเข้าถึงง่าย สอดคล้องกับการศึกษา การส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและประยุกต์ใช้ข้อมูล การติดตามทาง Application Line พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมพัฒนาการสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูล ได้คิดวิเคราะห์ เลือกข้อมูลมาตัดสินใจ และนำไปประยุกต์ใช้ ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น¹⁵

2. พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล

ผู้ดูแลมีผู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษา มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรม ฯ มีการส่งเสริมพฤติกรรมให้ผู้ดูแลผ่านการออกแบบกิจกรรม และมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมตามระดับพัฒนาการ เมื่อผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้น และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ ข้อมูลใหม่ ๆ รวมถึงผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารในการส่งเสริมพัฒนาการ ผ่านสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มขึ้น¹⁶ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา การให้ผู้ดูแลวางแผนและบันทึกกิจกรรม มีการซักถามปัญหาอุปสรรค และให้คำแนะนำ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อผู้ดูแล

ตัดสินใจเลือกปฏิบัติและได้รับการสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษามากขึ้น

3. จำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมา

ผลการเปรียบเทียบจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เด็กมีจำนวนคำศัพท์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นแสดงให้เห็นว่าในกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้วางแผนจัดกิจกรรมช่วยให้เด็กมีแนวโน้มมีการใช้คำศัพท์ และรู้จักคำศัพท์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาผ่านการเพิ่มคำศัพท์หรือขยายคำศัพท์ และการกระตุ้นเตือนการสื่อสารด้วยการใช้ท่าทาง เมื่อมีการติดตามจำนวนคำศัพท์ที่เปล่งเสียงเพิ่มขึ้น พบว่าเด็กมีจำนวนคำศัพท์เฉลี่ยจาก .06 เพิ่มขึ้นเป็น 2.86 แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลรู้จักใช้เทคนิคเพื่อการสื่อสารในสิ่งของที่เด็กกำลังสนใจร่วมกับเด็ก จะช่วยส่งผลให้เด็กมีจำนวนคำศัพท์ที่เพิ่มขึ้น⁵

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า จำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมาของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อติดตามผลของกิจกรรม พบว่า ผู้ดูแลจำนวน 10 คน ไม่ได้ส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาทันที และไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เนื่องด้วยภาระงานประจำ อีกทั้งยังไม่สามารถจัดการพฤติกรรมของเด็กได้จึงปล่อยให้เด็กเล่นอิสระส่งผลให้เด็กของผู้ดูแลดังกล่าว มีพัฒนาการและจำนวนคำศัพท์ที่เด็กเปล่งเสียงออกมายังไม่ก้าวหน้า การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการผ่านทักษะการเล่นโดยใช้เทคนิค การขยายคำพูด ติดตามผลผู้ดูแลในระยะ 6 เดือน กับ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนคำศัพท์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรมที่ยาวนานของการศึกษาครั้งนี้

4. พัฒนาการด้านการใช้ภาษา

ผลการเปรียบเทียบพัฒนาการด้านการใช้ภาษาก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา การให้ความรู้กับผู้ดูแล และการส่งเสริมพฤติกรรมผ่านการเล่านิทาน การเล่น และจากการทำกิจวัตรประจำวันร่วมกัน พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรม ฯ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามในด้านพัฒนาการเด็ก พบว่า เด็กมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ แสดงให้เห็นว่า การที่ช่วยให้เด็กมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาที่เพิ่มขึ้นได้ ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการ วิธีการส่งเสริมพัฒนาการ รู้จักจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับพัฒนาการของเด็กอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัยไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน คือ ได้รับการสอน การคัดกรองพัฒนาการตามแนวทางคู่มือ DSPM อย่างไรก็ตามเด็กในกลุ่มทดลองมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาดีขึ้น 5 คน ในขณะที่เด็กในกลุ่มควบคุมมีพัฒนาการด้านการใช้ภาษาดีขึ้น 1 คน และเมื่อจบโปรแกรม ฯ ผู้วิจัยได้พบผู้ดูแลรายบุคคลเพื่อสอบถามถึงความรู้ความเข้าใจ และขั้นตอนต่าง ๆ ในการส่งเสริมพัฒนาการซ้ำด้วยตนเอง เพื่อช่วยแก้ไขให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับระดับพัฒนาการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กที่มารับบริการของหน่วยงาน ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความเข้าใจ สามารถร่วมออกแบบกิจกรรมสำหรับเด็ก โดยมีบุคลากรที่มีสุขภาพเป็นผู้สนับสนุน และพัฒนาเทคโนโลยีในการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งถัดไปควรเพิ่มระยะเวลาของโปรแกรมนานขึ้น เพื่อประเมินความคงทนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการใช้ภาษาของผู้ดูแล มีการนำแอปพลิเคชันหรือเทคโนโลยีมาใช้เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อเนื่องที่บ้าน

References

1. Sakulrungras T, Chaiyaratana C. Empathic communication for connection with children. Journal of Nursing Division 2020;47(3):12-25. (in Thai)
2. Tansangworn A. High risk newborn development outcomes in Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Journal 2021;18(3):187-200. (in Thai)
3. Hernandez-Mekonnen R, Duggen EK, Oliveros-Rosen L, Gerdes M, Wortham S, Ludmir, J, Bennett IM. Health literacy in unauthorized Mexican immigrant mothers and risk of developmental delay in their children. Journal Immigrant Minority Health 2016;18(5):1228-31.
4. Collisson BA, Graham SA, Preston JL, Rose MS, McDonald S, Tough S. Risk and protective factors for late talking: An epidemiologic investigation. The Journal of Pediatrics 2016;172:168-74.
5. Robert MY, Kaiser AP, Wolfe CE, Bryany JD, Spidalieri AM. Effects of the teach-model-coach-review instructional approach on caregiver use of language support strategies and children's expressive language skills. Journal of Speech, Language, and Hearing Research 2014;57(5):1851-69.
6. Kazemi Y, Mohebbinejad F. Persian adaptation of enhanced milieu teaching for Iranian children with expressive language delay. Iranian Rehabilitation Journal 2020;18(1):99-112.
7. Rajesh V, Venkatesh L. Preliminary evaluation of a low-intensity parent training program on speech-language stimulation for children with language delay. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2019;122:99-104.
8. Korat O, Graister T, Altman C. Contribution of reading an e-book with a dictionary to word learning: Comparison between kindergarteners with and without SLI. Journal of Communication Disorders 2019;79:90-102.
9. Paakkari L, Sorensen K. Advancing health literacy for equitable access to healthcare towards a guide to health literacy policy, strategy and service design. Council of Europe; 2021.

10. Toyuso N, Maksingh W. Effects of a perceived self-efficacy promoting program of mothers on their promoting development behaviors of children age 0-5 years. *Mahamakut Graduate School Journal* 2020;18(2):195-208. (in Thai)
11. Intarakamhang U, Khumthong T. Measurement development of health literacy and unwanted pregnancy prevention behavior for Thai female adolescents. *Journal of Public Health Nursing* 2017;31(3),19-38. (in Thai)
12. Sukpreedee N, Suttiwan P, Ngamake S. The the parent-child play interaction measurement (3-5 years old). *Journal of Social Sciences and Humanities* 2017;43(1):193-213. (in Thai)
13. Totsika V, Sylva K. The home observation for measurement of the environment revisited. *Child and Adolescent Mental Health* 2004;9(1):25-35.
14. Maiphom S, Leemingsawat V. Health literacy of caregivers of children with Epilepsy. *Journal of Sports Science and Health* 2020;21(2):269-82. (in Thai)
15. Aeamsee A, Saranrittichai K. Effects of caregiver's behavioral modification program on development and positive discipline promotion for pre-school children by application of health literacy concept. *Journal of Nursing Science & Health* 2022;45(4):30-43. (in Thai)
16. Sangkkhaw S, Mekrungrongwong S. The effects of a perceived self-efficacy promoting program on perceived self-efficacy, outcome expectations, and preschool child development promotion behavior in caregivers with ineffective development promotion behavior in Mueang Sukhothai district, Sukhothai province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2022;49(1):95-117. (in Thai)
17. Curtis P, Kaiser AP, Estabrook R, Robert MY. The longitudinal effects of early intervention on children's problem behaviors. *Child Development* 2019;90(2):576-92.
18. Inson S, Aonkam Y, Ruangrith R. Effectiveness of the development promotion and reinforce positive to improve discipline programs base on family participation to children aged 3-5 years in Mahasarakham province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office* 2021;5(10):143-60. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of the Health Belief Model Education Program in Patients with Type 2 Diabetes at Dong Tiu Subdistrict Health Promoting Hospital

Received: Jan 9, 2024

Revised: Jun 9, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

Nuttiya Prommasakha Na Sakonnakhon, M.N.S.^{1*}

Onuma Kaewkerd, Ph.D.² Narakorn Ponharn, B.S.³

Pipatpong Kempanya, M.N.S.⁴ Charoenchai Muenhor M.N.S.⁵

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes is a chronic disease that cannot be cured. Health belief patterns are important in changing the behavior and knowledge of patients with type 2 diabetes.

Research objectives: To examine the effects of an educational program based on health belief patterns on self - care behavior in patients with type 2 diabetes.

Research methodology: This study was a quasi - experimental research with one group pre - posttest design. The participants consisted of 33 patients with type 2 diabetes, aged 35 years and over, selected by simple random sampling. The research was conducted over a period of 12 weeks. The instruments of this study were personal information questionnaires, diabetic knowledge questionnaire, Health Belief Pattern Perception Questionnaire, and Health Behaviors Questionnaire. The program tools used in the experiment included an education program based on the Health Belief model for a group of patients with type 2 diabetes. Data were analyzed using mean, percentage, standard deviation, and paired t - test.

Results: The study revealed that after receiving the program according to the Health Belief model, the sample group had significantly increased knowledge and behavior mean scores compared to before attending the program with statistical significance ($p < .001$).

Conclusion: This program can increase knowledge and behavior of patients with type 2 diabetes. Health care facilities and interested parties can use the program to apply to caregivers of other chronic diseases. Nurses can organize activities to enhance the knowledge and behaviors of diabetic patients.

Implications: Nurses should utilize this program to positively influence the behavior of patients with type 2 diabetes.

Keywords: education program, health belief model, type 2 diabetes

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom

^{1*}*Corresponding author: Lecturer, Email: nuttiya2514@gmail.com*

²*Lecturer, Email: nsokk@npu.ac.th*

³*Researcher, Email: z484950z@gmail.com*

⁴*Assistant Professor, Email: ktonkra@gmail.com*

⁵*Assistant Professor, Email: Charoenchai19@gmail.com*

¹⁻⁵*Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Nakhon Phanom, Thailand.*

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงตัว

Received: Jan 9, 2024

Revised: Jun 9, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

ณัตติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร พย.ม.^{1*}

อรอุมา แก้วเกิด ปร.ด.² นรากร พลหาญ วท.ม.³

พิพัฒน์พงศ์ เข้มปัญญา วท.ม.⁴ เจริญชัย หมื่นห่อ พย.ม.⁵

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35 ปีขึ้นไป คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย เลือกตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 33 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t - test

ผลการวิจัย: พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผล: โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สถานบริการสุขภาพ และผู้สนใจสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โรคเบาหวานชนิดที่ 2

ทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

^{1*}Corresponding author Email: nuttiya2514@gmail.com

²อาจารย์ Email: onumakaewkerd@gmail.com

³นักวิจัย Email: z484950z@gmail.com

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: ktonkra@gmail.com

⁵ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Charoenchai19@gmail.com

¹⁻⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม นครพนม ประเทศไทย

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากการทำงานผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลินที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากการที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลิน และการตอบสนองของอินซูลินต่อระดับน้ำตาลในร่างกายไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดมีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลต่อความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น จอประสาทตาเสื่อม ไตวาย หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และขาปลายมือปลายเท้าได้ แนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจำนวนมาก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก พบว่าปี พ.ศ. 2564 ประชากรอายุ 20 – 79 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 537 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10.50 ของประชากรกลุ่มนี้ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มเป็น 643 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.30 และในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มเป็น 783 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 12.20 ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มนี้ ยังมีแนวโน้มมากขึ้นเช่นกัน โดยพบว่าปี พ.ศ. 2564 มีประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 541 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10.60 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น 622.70 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และเพิ่มเป็น 730.30 ล้านคนในปี พ.ศ. 2588¹ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบผู้ป่วยรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น 3 แสนรายต่อปี ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 1,010.15, 1,125.90 และ 1,205.76 ต่อแสนประชากรตามลำดับ อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 23.77, 23.34 และ 25.92 ต่อแสนประชากรตามลำดับ²

ผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การรักษา และการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อน ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานขึ้นตา แผลที่เท้า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยตนเองมีความสำคัญ และจำเป็นมาก ทั้งนี้ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยทำหน้าที่ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้ป่วยโดยทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายโดยแบบแผนสุขภาพ ของเบคเกอร์ (Health belief model: HBM)³ ได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วมอื่น ๆ สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁴ และเป็นอีกหนึ่งวิธีในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ โดยได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาผลของการให้โปรแกรมเกี่ยวกับความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีทักษะการจัดการตนเองและมีพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และมีประโยชน์ต่อการส่งเสริมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับสถานบริการปฐมภูมิ⁵

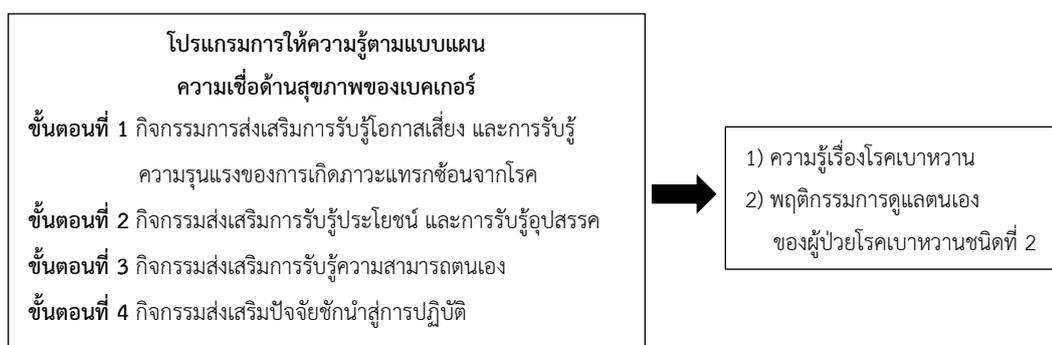
สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดนครพนม พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 โดยมีอัตราการป่วยจากโรคเบาหวาน ดังนี้ 4,373.00, 4,685.90 และ 4,797.90 ต่อแสนประชากร⁶ รวมถึงพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตั้ง

ซึ่งได้ทำการคัดกรองโรคเบาหวานเมื่อ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 จากประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีจำนวนถึง 162 คน⁷ คณะวิจัยได้ศึกษาสถานการณ์โรคเบาหวานที่ตึงตัวภายใน 1 - 5 ปี พบว่าสถิติผู้ป่วยเบาหวานยังสูงขึ้นทุกปี ปี พ.ศ. 2561 - 2565 มีสถิติ 99, 97, 90, 96, และ 98 คน ตามลำดับ ปัญหาของประชากรที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากอาชีพหลัก คือ การทำเกษตรกรรม ใช้แรงงานมาก จึงยังคงรับประทานข้าวเหนียว เมื่อเหนื่อยล้าก็ดื่มน้ำหวาน ถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำแล้ว และเมื่อกลับจากทำงานจะไม่ออกกำลังกาย เพราะคิดว่าทำงานเกษตรกรรมหนักแล้ว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการให้ความรู้ การสร้างความตระหนักรู้ การจัดการตนเอง^{4,8} และยังมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองไผ่ จังหวัดสระแก้ว มีการศึกษาความรู้ และพฤติกรรมเน้นเรื่องพฤติกรรมการคลายเครียด⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษา การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁹ แต่ผลการศึกษาดังกล่าวมาข้างต้น ยังไม่มากพอในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตชนบทในจังหวัดนครพนม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงตัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คณะวิจัย ได้ทำการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงนำมาจัดทำเป็นกรอบในการวิจัย และประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามทฤษฎีของเบคเกอร์ (Becker, & Maiman, 1975)³ ตัวแปรต้นประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตามคือความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 6) ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (One - groups pre - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนตำบลดงด้วง พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงด้วง โดยในปี พ.ศ. 2564 มีประชาชนที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ระหว่างวันที่ 15 เมษายน 2565 ถึง 30 สิงหาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 1,380 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 98 คน การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก $G * power^{10}$ โดยใช้สถิติ Dependent t - test มีค่า Effect size .48¹¹ Power .85 ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 33 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดงด้วง ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองนครพนม จังหวัดนครพนม 3) พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในงานวิจัย เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) ป่วย ตาย หรือ ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จากการป่วยร้ายแรง 2) ขอดถอนตัวออกจากงานวิจัย 3) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 126 mg/dl ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ประกอบด้วย

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนความรู้เฉลี่ย 1.00 - 4.00 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 8.00 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8.01 - 12.00 หมายถึง คะแนนความรู้ระดับมาก 3) แบบสอบถามเรื่องการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 21 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ 2) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง การรับรู้ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ระดับมาก¹² 4) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คณะวิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน¹² ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย และ 3) พฤติกรรมการใช้ยา แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกวัน คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่ำกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย การแปลผลดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 29.00 หมายถึง พฤติกรรมค่าเฉลี่ยระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 31.00 – 59.00 หมายถึง พฤติกรรมค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 60.00 – 87.00 หมายถึง พฤติกรรมค่าเฉลี่ยระดับมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงต๊ว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารตำรา งานวิจัย ประกอบไปด้วย 1) คู่มือความรู้ 2) กิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามโปรแกรมจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที 3) การออกเยี่ยม เพื่อติดตาม ทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง 4) แผนจัดกิจกรรมการให้ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) การหาต้นแบบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้มาแนะนำ กระตุ้นสิ่งเร้าภายในให้สนใจสุขภาพ 6) สร้างความรู้และการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหากควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ โดยให้กลุ่มทำผังความรุนแรงของโรค 7) ทำกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการคุมน้ำตาลในเลือด และการรับรู้อุปสรรคโดยการนำบุคคลที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้มาแนะนำเป็นต้นแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง เครื่องมือชุดที่ 1 หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามความรู้ได้ค่า IOC 1.00 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อได้ค่าได้ค่า IOC 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้ค่าได้ค่า IOC 0.5 ส่วนค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) แบบสอบถามความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาที่ .76 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาที่ .96 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาที่ .82 เครื่องมือชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงต๊ว ได้ค่าความเที่ยงตรง 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยนครพนม รหัสโครงการวิจัยเลขที่ 42/65 วันที่ 12 เมษายน 2565 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลแบบสอบถาม และ ชื่อ - สกุล ของอาสาสมัคร มีการกำหนดรหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล จะทำลายแบบสอบถามภายหลังตีพิมพ์ผลงานวิจัย 2 ปี นำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังโครงสร้างวิจัยผ่านการรับรองจากงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ดำเนินการออกสำรวจ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายความว่าเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมให้เซ็นใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived severity) กิจกรรมทำข้อตกลงเบื้องต้นของกิจกรรมและให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามโปรแกรมที่คณะวิจัยสร้างขึ้น สัปดาห์ที่ 1 - 2 โดยจะทำการให้โปรแกรม จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที ให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการ และอาการแสดง การรักษา ความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อน ถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผิดวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรคกลุ่มทำผังความรุนแรงของโรค

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) และการรับรู้ (Perceived barriers) การหาต้นแบบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มาแนะนำกระตุ้นสิ่งเร้าภายในให้สนใจสุขภาพ สัปดาห์ที่ 3 - 8 จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self - efficacy) แผนจัดกิจกรรมการให้ความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน บันทึกความสำเร็จในการทำกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 - 8 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ผู้วิจัยออกเยี่ยม โดยติดตามทบทวนความรู้ กระตุ้นเตือนการดูแลตนเอง สรุป และประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมและระดับความดันโลหิต แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนร่วมกัน จดบันทึกในคู่มือ สัปดาห์ที่ 5 - 12 จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t - test ทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติโดยใช้ Kolmogorov - smirnov test¹³

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 72.70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 81.80 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.30 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 27.30 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,001 - 3,000 บาท ร้อยละ 48.50 ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่เป็นพี่น้องร่วมบิดามารดาเคยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.50

และตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด FBS ระหว่าง 71 - 110 mg/dl ร้อยละ 45.50 มีระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.60 ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 51.50 และได้รับยาเม็ดรักษา ร้อยละ 39.40

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก ($M = 10.03$, $SD = .85$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 4.53$, $SD = .67$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93$, $SD = .78$) คะแนนเฉลี่ยรวมด้านพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 76.24$, $SD = 4.29$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ การรับรู้ประโยชน์การดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 33$)

	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	หลังเข้าร่วมโปรแกรม
	M (SD)	M (SD)
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	6.64 (.96)	10.03 (.85)
การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ	2.67 (.75)	4.53 (.67)
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพของตนเอง	2.07 (.98)	3.93 (.78)
พฤติกรรมสุขภาพ	55.73 (5.86)	76.24 (4.29)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.62$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.87$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 33$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD				lower	upper
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	6.64	.96	10.03	.85	3.39	15.62	<.001*	2.95	3.84
พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง	55.73	5.86	76.24	4.29	20.51	19.87	<.001*	18.41	22.62

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการให้ความรู้ และคู่มือความรู้ไปอ่านที่บ้าน ร่วมกับการมีต้นแบบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มาแนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานสนใจสุขภาพ สร้างความรู้ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เกิดการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับรู้อุปสรรค ฝักวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งที่ได้เรียนรู้จนเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเกิดโรค ทำฝั่งความรุนแรงของโรค กระตุ้นสิ่งเร้าภายในให้สนใจสุขภาพ บันทึกความสำเร็จ และการเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษา โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน⁵ พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมเสนอต้นแบบส่งเสริมการรับรู้ อธิบายได้ว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการสร้างการรับรู้ภาวะคุกคามภาวะเสี่ยง ภาวะรุนแรงของโรคผ่านกิจกรรม และให้ความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานถ่ายทอดประสบการณ์จากต้นแบบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน³

2. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดตามความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์³ มาใช้พัฒนาโปรแกรมและเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการให้ความรู้ ก่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมทางสุขภาพที่ถูกต้อง โดยได้รับแรงกระตุ้นจากต้นแบบที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้านจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอได้ โดยบุคคลเชื่อว่าเรามีโอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน กับการดำเนินโรคที่รุนแรงนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

สอดคล้องกับการศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และการศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านอาหาร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,15} อธิบายได้จาก การเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมที่มีต้นแบบ มีการจดบันทึกความสำเร็จของตนเอง และมีการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรจัดกิจกรรมการหาต้นแบบบุคคล ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มาแนะนำการให้ความรู้ มีการจดบันทึกความสำเร็จของตนเอง และมีการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ต่อกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำวิจัยผลฐานวิธี โดยใช้กรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้ข้อมูลทั้งด้านปริมาณและคุณภาพมาเติมเต็มผลการวิจัย

References

1. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. 537 million adults are living with Diabetes worldwide. Belgium: International Diabetes federation [Internet]. 2021 [cite 2023 Jan 11]. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. NCD clinic plus operations manual, year 2020. Nonthaburi: Graphic Fonts and Design; 2020. (in Thai)
3. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):409-19.
4. Bootsri W, Boonpha R, Singban C. The effect of education program on self-care behavior and blood glucose control in uncontrolled type 2 Diabetes. UMT Poly Journal ISSN 2021;18(1):13-25. (in Thai)
5. Hunthayung D, Waengnork W, Kriengkaisakda W, The effects of an applied health belief model program on self-care behaviors of Diabetic patients in Meung-Pai Sub - district health promotion hospital zone. Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology) 2016;11(1):36-51. (in Thai)
6. Nakhon Phanom Provincial Public Health Office. Diabetes morbidity rate 2017-2019. [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd (in Thai)
7. Dong Tiew Subdistrict Health Promoting Hospital, Medical records of Dong Tiew Subdistrict Health Promoting Hospital (2020) Annual patient report: bound document; 2021. (in Thai)
8. Lalun A, Wirunphan B. Effects of self-management programs on hemoglobin A1C levels and quality of life in people with diabetes mellitus in the district of Kanghro Hospital, Chaiyaphum Province. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2021;11(1):66-80. (in Thai)
9. Wichaiyo W, Chongsamak P, Chaitong S, khotabutda S. The effect of the applying health belief model program of vascular disease preventive in patients with hypertension and diabetes mellitus at Namon District, Kalasin Province. Research and Development Health System Journal 2021;14(2):25-35. (in Thai)
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146
11. Promdee O, Thiangtham V, Pitchayapinyo P. Chronic kidney failure prevention program in patients type 2 diabetes in which blood sugar levels cannot be controlled. Public Health Nursing Journal 2023;30(3):102-11. (in Thai)

12. Ban Tha Kham Subdistrict Health Promoting Hospital. Self-care behavior of the diabetes mellitus patients in Maehia sub district, Muang Chiangmai district, Chiangmai. Available from: <https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180316191617.pdf>. (in Thai)
13. Joseph F. Hair Jr, William C. Black, Barry J. Babin, Rolph E. Anderson. Multivariate data analysis 7th ed: Pearson; 2010.
14. Surakri Hnuban, Araya Pranprawit, Sarodh Pechmanee. Effects of group process and health belief model on self-care behavior for preventing Diabetes among the group at risk of diabetes in Vibhawdi district Suratthani province. Journal of Graduate Research 2016;7(1):101-14. Available from: <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/banditvijai/article/view/96472> (in Thai)
15. Fazel ZM, Sharifirad G, Jalilian F, Alavijeh FM, Aghaei A, Ahmadi-Jouibari T. Effectiveness of educational programs to promote nutritional knowledge in type II Diabetes patients based on health belief model. Journal of Health Science Research 2023;9(4):412-20.

บทความวิจัย

The Effect of Project - Based Learning to Enhance Learning Outcomes According to the National Higher Education Qualifications Framework and Satisfaction with the Learning Management of Third - Year Nursing Students in the Nursing Innovation Course

Received: Jan 31, 2024

Revised: Jul 3, 2024

Accepted: Jul 10, 2024

Nitjawan Weerawatthanodom, Ph.D.¹

Thitima Karabutr, M.N.S.^{2*}

Chutima Malai, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Currently, there are increasing expectations for nursing profession. Therefore, nursing education must be organized to prepare nursing students to be able to work in the future. This highlights the importance of developing teaching and learning management using project - based learning to enhance students' abilities.

Research objectives: To compare learning outcomes according to the National Higher Education Qualifications Framework before and after project - based learning, and to examine nursing students' satisfaction in the teaching and learning process.

Research methodology: This quasi - experimental research with a one - group pretest-posttest design evaluated the effects of project-based learning on 116 third - year nursing students enrolled in the nursing innovation course during the second semester of the academic year 2022 at Boromarajonani College of Nursing, Chainat. Data were collected using a learning outcomes questionnaire based on the National Higher Education Qualifications Standards Framework and a questionnaire assessing satisfaction in the teaching and learning process. The content validity index was 1.00, and reliability indices were .82 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t - tests.

Results: Comparative learning outcomes according to the National Higher Education Qualifications Framework before and after utilizing project - based learning showed that post - study results were significantly higher than pre - study results ($p < .01$). Additionally, satisfaction in the teaching and learning process was at the highest level.

Conclusion: Project - based teaching and learning method had a positive impact on the development of learning, intellectual skills, interpersonal relations, responsibility, numerical analysis skills, communication, and the use of information technology.

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Chainat

¹Assistant Professor Email: nitjawan1@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer Email: thitima@bcnchainat.ac.th

³Assistant Professor Email: chutimali55@gmail.com

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Chainat, Thailand.

Implications: The project - based learning method should be utilized in other nursing courses to promote learning skills aligned with national standards for higher education qualifications in the future.

Keywords: Project - based learning, the national higher education qualifications framework, satisfaction

ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานเพื่อเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบ
มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน
ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล

Received: Jan 31, 2024

Revised: Jul 3, 2024

Accepted: Jul 10, 2024

นิจวรรณ วีรวัฒน์โนดม ค.ด.¹

ฐิติมา คาระบุตร พย.ม.^{2*}

ชุตินา มาลัย ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจุบันมีความคาดหวังต่อการพยาบาลสูงขึ้น จึงต้องจัดการศึกษาเพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถทำงานได้ในอนาคต จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานเพื่อพัฒนาผู้เรียน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน และศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน - หลัง การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท จำนวน 116 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และแบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ paired t - test

ผลการวิจัย: ผลการเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน พบว่า หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปผล: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานมีผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้ ทักษะด้านปัญญาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการนำรูปแบบการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานไปใช้ในรายวิชาทางการแพทย์พยาบาลอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ความพึงพอใจ

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: nitjawan1@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: thitima@bcnchainat.ac.th

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: chutimali55@gmail.com

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชัยนาท ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วสู่ยุคดิจิทัล มีความก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี¹ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ และการพยาบาลสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง² ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตพยาบาล จึงจัดการศึกษา ให้ได้มาตรฐาน และผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน³ สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualification Framework for higher education: TQF) ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ⁴ ทั้งนี้ ผลการประเมินสมรรถนะจากผู้ใช้บัณฑิตในปี พ.ศ. 2564 พบว่า บัณฑิตมีสมรรถนะด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านทักษะปัญญา ($M = 2.98, SD = .26$) และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ ($M = 3.18, SD = .32$)⁵ ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ และตอบรับกับความต้องการของผู้ใช้บริการ ในรายวิชานวัตกรรม ทางการพยาบาล จึงเลือกวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนมีอิสระในการคิดลงมือทำ แก้ปัญหาได้พัฒนาทักษะต่าง ๆ อย่างครบถ้วน⁶

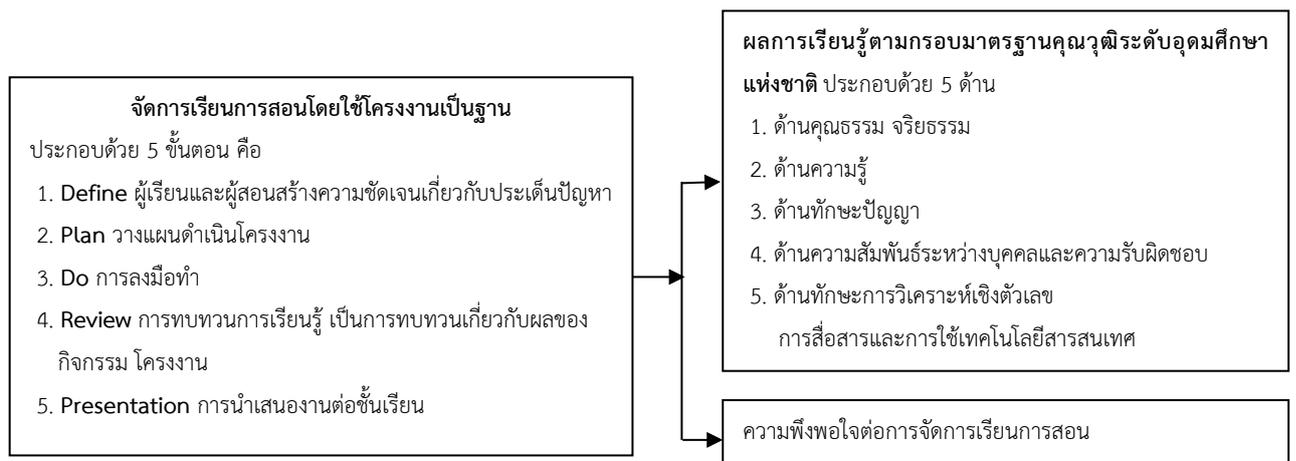
จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมการเรียนรู้แบบเชิงรุก และมีสมรรถนะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน (Project based learning) เนื่องจากการเรียนรู้วิธีนี้ ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง ออกแบบการเรียนรู้ ได้ลงมือทำเอง โดยมีประเด็นคำถามเป็นตัวกระตุ้นให้ อยากเรียน นำไปสู่การกระตือรือร้นที่จะสืบค้น รวบรวมความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาสร้างเป็นกระบวนการที่ค้นใหม่ หรือเกิดผลงานใหม่ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น⁷⁻⁸ สำหรับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงาน เป็นฐานตามแนวทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเองโดยการสร้างสรรค์ชิ้นงาน ผู้สอนเป็นผู้เอื้ออำนวยส่งเสริม การเรียนรู้ ส่วนผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองทุกขั้นตอน ภายหลังจากจัดการเรียนรู้ ผู้เรียน สามารถสร้างองค์ความรู้ และสร้างสรรค์ชิ้นงานได้⁹ ผลของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน ในรายวิชา การวิจัยและสารสนเทศทางการพยาบาล ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ภายหลังจากจัดการเรียนรู้ พบว่า นักศึกษามีคะแนนความสามารถในการทำโครงงาน และคะแนนเฉลี่ยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 สูงขึ้นกว่าก่อน เรียนรู้¹⁰ ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน มีผู้สอนประจำกลุ่ม คอยกระตุ้นความสนใจ ของผู้เรียนให้ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และให้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาเป็น นวัตกรรม กลุ่มละ 1 ชิ้นงาน นำไปทดลองใช้ และนำผลที่ได้มานำเสนอในชั้นเรียน ภายหลังจากการเรียนรู้ พบว่า นักศึกษามีคะแนนทักษะทางปัญญาสูงขึ้นในด้านใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทางการวิจัย และนวัตกรรม ในการแก้ปัญหาการศึกษา ปัญหาทางสุขภาพ และมีคะแนนทักษะในศตวรรษที่ 21 สูงขึ้น¹¹ ผลของการเรียนรู้ โดยใช้โครงงานเป็นฐาน โดยจัดปฐมนิเทศชี้แจงรายละเอียดการทำกิจกรรม เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สอน นักศึกษา

และชุมชนที่จะปฏิบัติกิจกรรม พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสร้างสรรค์ผลงาน ทักษะทางปัญญา ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสูงกว่าก่อนเรียน¹² และมีกิจกรรมในภาคทฤษฎีเป็นการฝึกสืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูล ในภาคปฏิบัติ เป็นการนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการสร้างนวัตกรรมสุขภาพ ภายหลังจากการเรียนรู้พบว่า ในระยะที่ 1 นักศึกษาได้เครื่องมือภูมิปัญญาท้องถิ่น ระยะที่ 2 ภายหลังจากนำไปทดลองใช้พบว่า นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้¹¹ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะทุกด้านอย่างครบถ้วน และได้นวัตกรรมสุขภาพที่พัฒนาจากสถานการณ์ปัญหาตามสภาพจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ เพื่อให้ผู้เรียนมีสมรรถนะตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 โดยจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ประยุกต์ใช้แนวคิดของวิจารณ์ พานิช⁷ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้จักการแก้ปัญหาด้วยการปฏิบัติ เป็นวิธีการเรียนรู้ทางปัญญา และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์รายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล นักศึกษาเกิดสมรรถนะในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และนำไปสู่ความเข้าใจแท้จริงในระดับที่เอาไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF)⁴ และรายละเอียดของหลักสูตร (มคอ. 2) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2561)³ ซึ่งบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาต้องมีผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 5 ด้าน และแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานของวิจารณ์ พานิช⁷ เป็นการเรียนรู้ที่ต้องลงมือทำเป็นทีม กระตุ้นให้นักศึกษาคิดสร้างสรรค์ แก้ปัญหา และรับผิดชอบต่อความสำเร็จของส่วนรวม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองวัดผลก่อนและหลัง (One group pre - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท จำนวน 116 คน ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรทั้งหมด โดยใช้วิธีการสอบถามความสมัครใจของนักศึกษาพยาบาลในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน 15 แผนการสอน จำนวน 60 ชั่วโมง และคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานสำหรับผู้สอนเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนเฉลี่ยในชั้นปีที่ผ่านมา
3. แบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดในรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 1 ข้อ 2) ด้านความรู้ จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านทักษะปัญญา จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ จำนวน 3 ข้อ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ 5 คะแนน (ดีมาก) 4 คะแนน (ดี) 3 คะแนน (ปานกลาง) 2 คะแนน (น้อย) 1 คะแนน (น้อยที่สุด) เกณฑ์การพิจารณาตัดสินคะแนน โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนน คือ 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย และ 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด
4. แบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นทั้งหมด 15 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจกิจกรรมการเรียนการสอน จำนวน 12 ข้อ และการประเมินผล จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ คือ 5 คะแนน (ระดับมากที่สุด) 4 คะแนน (ระดับมาก) 3 คะแนน (ระดับปานกลาง) 2 คะแนน (ระดับน้อย) 1 คะแนน (ระดับน้อยที่สุด) เกณฑ์การพิจารณาตัดสินคะแนน โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ คือ 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก 2.51 – 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.51 – 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00 – 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน 15 แผนการสอน จำนวน 60 ชั่วโมง และคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานสำหรับผู้สอน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. แบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายกับประชากรที่ต้องการศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 4 จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82

3. แบบสอบถามความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายกับประชากรที่ต้องการศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 4 จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยเชิญผู้สอน และผู้เรียนทุกคน เข้าฟังการชี้แจงรายละเอียดของวิชา วัตถุประสงค์ เกณฑ์การวัด และการประเมินผล และขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน 5 ขั้นตอน เพื่อสร้างความเข้าใจถึงรูปแบบวิธีการเรียนการสอน บทบาทผู้สอน และบทบาทผู้เรียนก่อนการจัดการเรียนรู้

2. แบ่งกลุ่มผู้เรียนเป็น 10 กลุ่ม ๆ ละ 11 - 12 คน เป็นการคัดเลือกผู้เรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยดีมาก ดีปานกลาง และต่ำ มีผู้สอนประจำกลุ่มทุกกลุ่ม แจกคู่มือเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้สอนประจำกลุ่มที่มีแนวทางเดียวกัน

3. เก็บข้อมูลครั้งแรก ในชั่วโมงแรกก่อนการจัดการเรียนการสอน โดยให้ผู้เรียนเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

4. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ 15 แผน จำนวน 60 ชั่วโมง มีการจัดการเรียนการสอน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Define ผู้เรียนและผู้สอนสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหา จำนวน 8 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 Plan วางแผนดำเนินโครงงาน จำนวน 8 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 3 Do การลงมือทำ จำนวน 24 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 4 Review การทบทวนการเรียนรู้ เกี่ยวกับผลของกิจกรรม โครงงาน จำนวน 12 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 5 Presentation การนำเสนองานต่อชั้นเรียน จำนวน 8 ชั่วโมง

5. เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดการจัดการเรียนการสอนชั่วโมงสุดท้าย โดยให้ผู้เรียนตอบแบบสอบถามผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ด้วยตนเองอีกครั้ง

6. เก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่งานวิจัย ซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการวิจัยในการดำเนินการ

7. รวบรวมแบบสอบถาม และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 009/2565 ลงวันที่ 19 มกราคม 2565 การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง เป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลทั้งหมดที่ได้ เป็นความลับ โดยเปิดเผยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

2. เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ก่อนและหลังเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pair t - test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็น 3 ตอน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.52 (105 คน) เพศชาย ร้อยละ 9.48 (11 คน) อายุเฉลี่ย 21.23 ปี (SD = .73) และผลการเรียนเฉลี่ยในชั้นปีที่ผ่านมาเกรดเฉลี่ย 2.98 (SD = .37) ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.50 - 3.00 ร้อยละ 72.41

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ก่อนและหลังเรียน พบว่า ภายหลังเรียนผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติสูงขึ้นทุกด้านอยู่ในระดับมาก (M = 3.51 - 4.50) ถึงมากที่สุด (M = 4.51 - 5.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่สูงที่สุดคือ ด้านทักษะปัญญา (M = 4.78, SD = .37) รองลงมา เป็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ (M = 4.58, SD = .47) และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (M = 4.54, SD = .38) ซึ่งก่อนเรียนมีอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านทักษะปัญญา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ และด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเท่ากับ 3.21 (SD = .27), 3.09 (SD = .26) และ 3.09 (SD = .46) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์ ก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานพบว่า หลังเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ผู้เรียนมีผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติสูงกว่าก่อนเรียนทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ก่อนและหลังเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (N = 116 คน)

ผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐาน คุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ	Pre - test		ระดับ	Post - test		ระดับ	t	p
	M	SD		M	SD			
1. ด้านคุณธรรม จริยธรรม	3.36	.69	ปานกลาง	4.32	.67	มาก	11.35	.00*
2. ด้านความรู้	3.14	.32	ปานกลาง	4.24	.32	มาก	32.61	.00*
3. ด้านทักษะปัญญา	3.21	.27	ปานกลาง	4.78	.37	มากที่สุด	34.25	.00*
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ	3.09	.26	ปานกลาง	4.58	.47	มากที่สุด	47.70	.00*
5. ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารฯ	3.09	.47	ปานกลาง	4.54	.38	มากที่สุด	22.92	.00*
โดยรวม	3.18	.40	ปานกลาง	4.49	.44	มาก	29.76	.00*

* p < .01

ตอนที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลหลังเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐาน

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลหลังเรียนโดยใช้โครงการเป็นฐานอยู่ในระดับมาก (M = 3.51 – 4.50) ถึงมากที่สุด (M = 4.51 – 5.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่สูงที่สุดคือ วิธีการสอนส่งเสริมให้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น (M = 4.67, SD = .49) รองลงมา คือ สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (M = 4.57, SD = .50) นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนการสอน (M = 4.55, SD = .46) และมีวิธีการสอนกระตุ้นความสนใจก่อให้เกิดความรู้เพิ่มเติม (M = 4.55, SD = .52) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล (N = 116 คน)

รายการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับ
1. ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน			
1.1 การชี้แจงวัตถุประสงค์รายวิชา	4.48	.59	มาก
1.2 การชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอน	4.48	.52	มาก
1.3 กิจกรรมการเรียนรู้มีความหลากหลาย	4.39	.63	มาก
1.4 กิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น	4.67	.49	มากที่สุด
1.5 กิจกรรมการเรียนรู้กระตุ้นความสนใจก่อให้เกิดความรู้เพิ่มเติม	4.55	.52	มากที่สุด
1.6 การชี้แจงให้เห็นความสนใจก่อให้เกิดความรู้เพิ่มเติม	4.42	.65	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล (N = 116 คน) (ต่อ)

รายการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับ
1.7 สอดแทรกคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและการดำรงชีวิต	4.45	.56	มาก
1.8 ได้ลงมือปฏิบัติเองทุกขั้นตอน สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.57	.50	มากที่สุด
1.9 มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอน	4.55	.46	มากที่สุด
1.10 เอกสารประกอบการสอนเหมาะสม สนับสนุนเนื้อหาการสอน	4.35	.66	มาก
1.11 สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองทันสมัยเพียงพอ	4.38	.70	มาก
1.12 ระยะเวลาจัดการเรียนการสอนในภาคการศึกษาปัจจุบันเหมาะสม	4.33	.75	มาก
รวม	4.42	.62	มาก
2. ด้านการประเมินผล			
2.1 ชี้แจงวิธีการวัดและประเมินผลชัดเจน	4.35	.64	มาก
2.2 วิธีการวัดและประเมินผลมีความหลากหลาย	4.36	.68	มาก
2.3 การประเมินผลมีความเป็นธรรม	4.42	.64	มาก
รวม	4.37	.65	มาก
โดยรวม	4.41	.63	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย สรุปได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน สามารถเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการสอนวิธีนี้ ผู้สอนเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก กระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนอย่างทั่วถึง และคอยกำกับประเมินความก้าวหน้าของผู้เรียน ส่วนผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการเรียน จึงทำให้มีผลการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า สูงขึ้นกว่าก่อนเรียนทุกด้าน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านทักษะปัญญา รองลงมาเป็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ผู้สอนกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ให้ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำมาพัฒนาเป็นนวัตกรรม 1 ชิ้นงานต่อกลุ่ม นำไปทดลองใช้ และนำผลที่ได้มานำเสนอในชั้นเรียน นักศึกษามีคะแนนทักษะทางปัญญาด้านใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทางการวิจัย และนวัตกรรมในการแก้ปัญหาการศึกษา ปัญหาทางสุขภาพ มีคะแนนทักษะในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนเรียน¹¹ มีการเตรียมผู้สอน เตรียมชุมชน และเตรียมนักศึกษา แบ่งกลุ่มผู้เรียน ใช้เวลาเรียน 5 ขั้นตอน คือ 1) ระบุปัญหา 2) วางแผน 3) ลงมือปฏิบัติ 4) การทบทวนการเรียนรู้ และ 5) นำเสนอ หลังการเรียนรู้ พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสร้างสรรค์ผลงาน

ทักษะทางปัญญา ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะการสร้างสรรค์ผลงาน รองลงมาคือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ทักษะทางปัญญา¹²

การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานตามทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง โดยการสร้างสรรค์ชิ้นงาน ผู้สอนเป็นผู้เอื้ออำนวยสิ่งส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองทุกขั้นตอน ภายหลังเรียนผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้และสร้างสรรค์ชิ้นงานได้⁹ ผลของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานรายวิชาการวิจัยและสารสนเทศทางการพยาบาล มีขั้นตอนคือ 1) ระบุปัญหา 2) ออกแบบการเก็บข้อมูล 3) เก็บข้อมูล 4) วิเคราะห์ข้อมูล และ 5) สรุปและการนำเสนอ ภายหลังจัดการเรียนรู้พบว่า นักศึกษามีคะแนนความสามารถในการทำโครงงาน คะแนนเฉลี่ยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ด้าน 3Rs (การอ่านออก การเขียนได้ และคณิตศาสตร์) ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ ด้านการสื่อสาร การรู้เท่าทันสารสนเทศ คอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านทักษะอาชีพ และการเรียนรู้ สูงกว่าก่อนเรียน¹⁰ มีกิจกรรมภาคทฤษฎี เป็นการฝึกสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ วิเคราะห์ข้อมูล การนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการสร้างนวัตกรรมในภาคปฏิบัติ ภายหลังเรียนระยะที่ 1 พบว่า นักศึกษาได้เครื่องมือภูมิปัญญาท้องถิ่น 6 นวัตกรรม และระยะที่ 2 ภายหลังจากนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปทดลองใช้ พบว่า นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้¹³

สำหรับความพึงพอใจของผู้เรียน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน ภายหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน อยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุดคือ กิจกรรมการเรียนรู้ส่งเสริมให้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น รองลงมา คือ ได้ลงมือปฏิบัติเองทุกขั้นตอน สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ทุกขั้นตอน และกิจกรรมการเรียนรู้กระตุ้นความสนใจก่อให้เกิดความรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษามุมมองของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะวิจัย และทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน พบว่า ภายหลังการจัดการเรียนรู้ นักศึกษามีมุมมอง 2 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาสมรรถนะวิจัย มีความเข้าใจในหลักการวิจัย การใช้สถิติมากขึ้น และ 2) การพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วย ทักษะอ่านออก เขียนได้ และคณิตศาสตร์ ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศดียิ่งขึ้น¹⁴ การศึกษาประสิทธิผลของการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ภายหลังการเรียนรู้นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะชีวิตด้านการเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น ด้านการตัดสินใจ และด้านการแก้ไขปัญหาสูงขึ้น และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก¹⁵

สรุปได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐาน ช่วยเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ผู้เรียนมีระดับความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอน เพราะเป็นวิธีการสอนที่มีการกระตุ้นความสนใจ ได้มีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ

ได้ศึกษาในสิ่งที่ตนเองสนใจ ได้ฝึกทักษะการคิด วิเคราะห์ และเรียนรู้ในสถานการณ์เสมือนจริง นำไปใช้ได้จริง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการเรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน รายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ ที่เป็นการพัฒนาโครงงาน เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และควรมีการวัดซ้ำ เพื่อติดตามการคงอยู่ของทักษะการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ

References

1. Suphakit P. Collaborative learning and learning according to constructivist theory for learners in the digital age. Journal of Education Silpakorn University 2016;14(1):6-14. (in Thai)
2. Bandansin J. Develop the creativity toward the nursing service innovation. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):69-78. (in Thai)
3. Boromarajonani College of Nursing, Chainat, M.K.O.2, Bachelor of nursing science program. Revised curriculum 2018. Chainat: Boromarajonani College of Nursing, Chainat; 2018. (in Thai)
4. Ministry of Education. The announcement of Thai qualifications framework for higher education in nursing B.E. 2017. Government Gazette; 2017. (in Thai)
5. Registration and Evaluation. Graduate quality report based on employers' perceptions. Chainat: Boromarajonani College of Nursing Chai Nat; 2022. (in Thai)
6. Wangruangsatid R, Kaewsasri A. The perception of learning outcomes under the qualification framework for higher education among graduates of nursing science in academic year 2020 at Boromarajonani college of nursing Buddhachinaraj. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2022;12(1):78-93. (in Thai)
7. Panich W. Ways of creating learning for students in the 21st century. Bangkok: Sod Sri Saritwong Foundation; 2012. (in Thai)
8. Yingyoud P, Thangkratok P, Attham W, Phianthanyakam N, Poltana P, Trinattawan W. A study of innovation - based learning for nursing students in the 21st century. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong 2020;4(2):102-21. (in Thai)
9. Prapasanobol V, Nillapun M. Project-based learning management according to the constructionism theory. Journal of Research and Curriculum Development 2021;11(2):8-23. (in Thai)

10. Rattanajarana S. The effect of project-based learning to enhance the 21st century skills of baccalaureate nursing students. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2021;16(3):203-10. (in Thai)
11. Na-Wichian S, Ngaoratsamee J, Prapha-inthara P. The effects of a project-based teaching and learning program on cognitive and the 21st century development skills of nursing students in Boromarajonani college of nursing, Buddhachinnaraj. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2023;10(3):e258350. (in Thai)
12. Pheetarakorn P, Rungnoei N, Chinglek W. The effects of project-based learning on development creativity, cognitive, numerical analysis, communication and information technology skills among nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province* 2021;4(3):164-77. (in Thai)
13. Malai C, Nochit W, Boontad M, Tochot R. Effect of project based learning program on problem solving skills and the application of local wisdom for patients with NCDs in community. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine* 2019;17(3):488-503. (in Thai)
14. Rattanajarana S. Nursing students' opinions on development of research competency and the 21st century skills using project-based instruction. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2023;31(2):90-100. (in Thai)
15. Wuttijurepan A, No-in K, Chaiwongnakkapun C. Effectiveness of the project-based learning on life skills of nursing students. *Journal of Health Sciences Scholarship* 2021;8(2):148-65. (in Thai)

บทความวิจัย

A Study of Oncology Nurse Specialist Competencies, Cancer Regional Cancer Hospital of Ministry of Public Health

Received: May 20, 2024

Revised: Aug 7, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

Praweena Sitthites, M.N.S^{1*}

Wasinee Wisesrith, Ph.D.²

Abstract

Introduction: Determining the oncology nurse specialist competencies, cancer regional cancer hospital will lead to improving the performance of cancer specialist nurses which enhance the quality of treatment and nursing services.

Research objectives: To examine the competencies of oncology nurse specialists in the regional cancer hospital under the Ministry of Public Health.

Research methodology: This descriptive research applied the Delphi technique to gather 20 experts through three rounds of data collection. The process included 1) interviewing experts on oncology nurse specialist competencies in regional cancer hospitals; 2) analyzing responses based on content analysis of interview data to assess oncology nurse specialist competencies; and 3) administering and statistically analyzing a questionnaire based on the second round of data.

Results: The competencies of oncology nurse specialist in regional cancer hospitals, Ministry of Public Health included 10 competencies with, 70 sub - competencies following 15 items on specialized cancer nursing practice, 9 items on teaching and educating, 7 items on palliative and end - of - life care, 6 items on symptom management, 6 items on cancer promotion and prevention, 6 items on communication, 6 items on law and ethics in culturally appropriate care, 6 items on cancer counseling, 5 items on evidence - based practice, and 4 items on nursing technology and informatics.

Conclusion: The competencies of cancer counselling and nursing technology and informatics have significantly enhanced the competencies of oncology nurse specialist in the future.

Implications: Nurse administrator should apply the results of this study by developing the evaluation tool and improving the competencies of oncology nurse specialist.

Keywords: competencies, oncology nurse specialist

^{1*}Corresponding author: Graduate Student in Master of Nursing Science program, Email: plaifonn.praweena@gmail.com

²Associate professor, Email: wwasinee.w@gmail.com

¹⁻²Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

การศึกษาศมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

Received: May 20, 2024

Revised: Aug 7, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

ประวีณา สิริพิเทศ พย.ม.^{1*}

วาสนี วิเศษฤทธิ์ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

บทนำ: การกำหนดสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคอย่างชัดเจน นำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติและบริการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาศมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา ด้วยเทคนิควิธีการวิจัยแบบเดลฟาย โดยใช้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 20 คน การเก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 3 รอบ ได้แก่ 1) สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค 2) แบบสอบถาม สร้างจากการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลการสัมภาษณ์ โดยให้ค่าระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง และ 3) แบบสอบถามจากการนำข้อมูลรอบที่ 2 คำนวณทางสถิติหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ผลการวิจัย: สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สมรรถนะ 10 ด้าน สมรรถนะย่อย 70 ข้อรายการ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง สมรรถนะย่อย 15 ข้อ ด้านการสอนให้ความรู้ สมรรถนะย่อย 9 ข้อ ด้านการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย สมรรถนะย่อย 7 ข้อ ด้านการจัดการอาการรบกวน สมรรถนะย่อย 6 ข้อ ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็ง สมรรถนะย่อย 6 ข้อ ด้านการสื่อสาร สมรรถนะย่อย 6 ข้อ ด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม สมรรถนะย่อย 6 ข้อ ด้านการให้คำปรึกษาทางด้านโรคมะเร็ง สมรรถนะย่อย 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สมรรถนะย่อย 5 ข้อ และด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการพยาบาล สมรรถนะย่อย 4 ข้อ

สรุปผล: สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ด้านการให้คำปรึกษาทางด้านโรคมะเร็ง ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการพยาบาล มีความสำคัญอย่างมากในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับใช้ในการประเมิน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: สมรรถนะ พยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง

^{1*}Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: plaifonn.praweena@gmail.com

²รองศาสตราจารย์ Email: wwasee.w@gmail.com

¹⁻²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรในหลายประเทศ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 19.3 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ถึงปี 2583 จำนวน 28.9 ล้านคน¹ ส่งผลให้ความต้องการในบริการมีเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วย ประกอบกับการเกิดโรคอุบัติใหม่ โควิด-19 ซึ่งพบความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคมะเร็งบางรายมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ร้ายแรงและถึงขั้นเสียชีวิตได้² สำหรับประเทศไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว³ และจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า อัตราผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นและคิดเป็นร้อยละ 47.9 ของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด⁴ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว⁵ ส่งผลให้สถานบริการระบบสุขภาพไทยจำเป็นต้องปรับตัว เพื่อก้าวทันสถานการณ์ปัจจุบัน และการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้บุคลากรที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐานระดับสากล สอดคล้องกับนโยบายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ด้านบุคลากรเป็นเลิศ มุ่งให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูง เพื่อให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน⁶

โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข มีสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นองค์กรหลัก และมีเครือข่ายกระจายอยู่ตามภูมิภาคทั้งหมด 7 แห่ง เน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งแบบองค์รวม เพื่อการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งอย่างครบวงจร⁷ โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลโรคมะเร็ง สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์การ โดยประกาศฉบับล่าสุดในปี 2561 ของสภาการพยาบาล มีสมรรถนะหลักทั่วไปที่พยาบาลผู้ปฏิบัติใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งยังไม่เพียงพอ ไม่เฉพาะเจาะจง และครอบคลุมบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีความซับซ้อน จึงควรกำหนดสมรรถนะเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ให้สอดคล้องกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน จากการทบทวนสถิติพยาบาลโรคมะเร็ง จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการจัดการทรัพยากรบุคคล ฝ่ายการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาคในปี 2565 ทั้งหมด 931 คน เป็นพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลา 4 เดือน จำนวน 467 คน เป็นกลุ่มพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเป็นหลักจำนวนมากที่สุด และมีความสำคัญมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการศึกษาสมรรถนะพยาบาลโรคมะเร็งของประเทศไทยที่ผ่านมา มีการศึกษาสมรรถนะตามบันไดวิชาชีพของพยาบาลรังสีรักษา⁸ การศึกษาองค์ประกอบของสมรรถนะภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁹ และการศึกษาของต่างประเทศ ยังไม่ปรากฏเป็นการศึกษาที่ครอบคลุม การกำหนดสมรรถนะของพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง (Oncology Nurse Specialist) รวมทั้งยังไม่มีกำหนดในเอกสาร ตำราใด ๆ มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาด้วยการสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เกี่ยวกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ได้ฉันทามติ และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ก่อให้เกิดคุณภาพในการปฏิบัติ และบริการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดสมรรถนะของสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งประเทศไทย¹⁰ แนวคิดสมรรถนะพยาบาลโรคมะเร็งของ Macmillan cancer support¹¹ แนวคิดสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง¹² และแนวคิดสมรรถนะพยาบาลโรคมะเร็งของสภาการพยาบาลจอร์แดน¹³ และหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ¹⁴ เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเบื้องต้น ประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติพยาบาลโรคมะเร็ง ด้านการจัดการอาการรบกวน ด้านการป้องกันโรคมะเร็ง ด้านการสื่อสาร ด้านกฎหมาย จริยธรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการสอนให้ความรู้ และด้านการดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ด้วยเทคนิควิธีการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีประสบการณ์การให้บริการ การดูแลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง และวิธีการบอกต่อ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม จำนวน 20 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาโรคมะเร็ง จำนวน 2 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลด้านโรคมะเร็ง จำนวน 6 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร/อาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลา 4 เดือน ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาล จำนวน 3 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลระดับสูง ด้านการพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง จำนวน 3 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค ผู้วิจัยนำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม สร้างเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยแบบบันทึกการตอบและข้อความหลัก 2 ข้อ ได้แก่ 1) จากประสบการณ์ของท่าน คิดว่าพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ควรมีสมรรถนะเฉพาะทางโรคมะเร็งกี่ด้าน อะไรบ้าง 2) ท่านคิดว่าสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็งในแต่ละด้าน ควรมีองค์ประกอบที่เป็นสมรรถนะย่อยอะไรบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามรอบที่ 1 เป็นแบบมาตราประมาณค่าระดับคะแนน 1 - 5 มีระดับความสำคัญอยู่ในระดับน้อยที่สุดถึงระดับมากที่สุดตามลำดับ โดยสร้างจากการวิเคราะห์เนื้อหา บทสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามรอบที่ 2 เป็นแบบมาตราประมาณค่าระดับคะแนน 1 - 5 สร้างจากการวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 1 แสดงข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือจะแทรกอยู่ในกระบวนการวิจัย โดยความตรงเนื้อหาได้จากการรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง และความเที่ยงได้จากการให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม

ซ้ำหลายครั้ง และหากมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบเดิมน้อยกว่าร้อยละ 15 ถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้¹⁵ ซึ่งผู้วิจัยสามารถยุติกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ด้วยตนเองแบบเผชิญหน้า และแบบออนไลน์ จำนวน 18 ฉบับ ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 30 - 45 นาทีต่อคน เขียนตอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 2 ฉบับ ใช้ระยะเวลารวม 67 วัน รอบที่ 2 การตอบแบบสอบถาม โดยให้ค่าระดับความสำคัญน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 25 - 30 นาทีต่อฉบับ จัดส่งด้วยตนเอง จำนวน 5 ฉบับ ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 15 ฉบับ ใช้ระยะเวลา 21 วัน และรอบที่ 3 ดำเนินการเช่นเดียวกับรอบที่ 2 เป็นการตอบแบบสอบถาม เพื่อพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ใช้ระยะเวลา 19 วัน โดยใช้ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 105 วัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลขหนังสือ 156/66 ลงวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 โดยตระหนักถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ชี้แจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

รอบที่ 1 วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกบทสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อจัดหมวดหมู่เป็นรายด้าน และชอรายการย่อย รอบที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median: MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) โดยข้อคำถามแต่ละข้อควรมีค่า MD มากกว่า 3.50 แสดงถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญระดับมากขึ้นไป และค่า IR น้อยกว่า 1.50 แสดงถึงผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะเพิ่มเติมปรับข้อคำถามในชอรายการสมรรถนะ รอบที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 เพื่อตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการวิจัย

สมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยสมรรถนะ 10 ด้าน สมรรถนะย่อย 70 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. สมรรถนะด้านการปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 15 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะย่อยทั้ง 15 ข้อ มีความสำคัญระดับมากที่สุด 15 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการรักษาด้วยกลุ่มยาต้านมะเร็ง ตั้งแต่การประเมิน การเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อมก่อน ขณะ หลังได้รับยา การบริหารยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และการติดตามต่อเนื่องหลังได้รับยาเคมีบำบัด 2) สามารถใช้ทักษะในการประเมิน และเลือกหลอดเลือดดำ ในการบริหารยาเคมีบำบัดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ 3) สามารถประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ อารมณ์แสดง จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายต่าง ๆ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินด้านจิตใจได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจิตสังคม และจิตวิญญาณ 4) สามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลนำสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนพยาบาล

การปฏิบัติพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะราย ได้อย่างเหมาะสมและครอบคลุม 5) สามารถนำความรู้มาใช้ปฏิบัติพยาบาล ตามแนวปฏิบัติมาตรฐานทางการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อนเฉพาะทางด้านการรักษา ได้แก่ ด้านการผ่าตัด ด้านรังสีรักษา ด้านเคมีบำบัด ด้านรังสีร่วมรักษา ด้านการรักษาแบบผสมผสาน และด้านการดูแลแบบประคับประคอง ได้อย่างครอบคลุม 6) สามารถเลือกใช้อุปกรณ์ในการบริหารยาเคมีบำบัด และอุปกรณ์ป้องกันได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ 7) สามารถปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางด้านการรักษาด้วยรังสีรักษา และรังสีร่วมรักษา ตั้งแต่การประเมิน การเฝ้าระวัง การเตรียมความพร้อม ก่อน ขณะ หลังได้รับรังสีรักษา และการติดตามหลังได้รับรังสีรักษา การฟื้นฟูหลังได้รับการรักษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม 8) สามารถปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางด้านการรักษาด้วยศัลยกรรมโรคมะเร็ง ตั้งแต่การประเมิน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมก่อน ขณะหลังได้รับการผ่าตัด รวมทั้งติดตาม และฟื้นฟูหลังได้รับการรักษาด้วยศัลยกรรม ได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ 9) สามารถอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัด ทางด้านโรคมะเร็ง แต่ละชนิด ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ขณะ และหลังได้รับการผ่าตัด ทั้งในระยะเฉียบพลัน และระยะยาว 10) สามารถประเมินคัดกรองเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง 11) สามารถอธิบายเกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ หลักการบริหารยาเคมีบำบัด ยาคุมกำเนิด และภูมิคุ้มกันบำบัดในแต่ละชนิด รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน/ผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น 12) สามารถอธิบายเกี่ยวกับความรู้ด้านการรักษาด้วยรังสีรักษา ชนิดของรังสีรักษา ปริมาณรังสีที่ได้รับ ทั้งรังสีระยะใกล้และรังสีระยะไกล ภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นและระยะยาว ที่เกิดขึ้นจากปริมาณ ระยะเวลาการได้รับรังสี และตำแหน่งที่ได้รับรังสี ได้ถูกต้อง 13) สามารถบูรณาการความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาแบบผสมผสาน การรักษาทางเลือกอื่น ๆ ได้ถูกต้อง 14) สามารถอธิบายเกี่ยวกับเรื่องของโรคมะเร็ง ระบาดวิทยา สาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค อาการ อาการแสดงต่าง ๆ พยาธิ สรีระวิทยา และระยะของโรคมะเร็งแต่ละชนิด รวมทั้งแนวทางการรักษาโรคมะเร็ง และ 15) สามารถบูรณาการความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคมะเร็งต่าง ๆ เทคโนโลยีการรักษาที่ทันสมัยในปัจจุบัน กับพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ได้อย่างเหมาะสม (MD = 4.59 - 4.75, IR = .26 - .71)

2. สมรรถนะด้านการสอนให้ความรู้ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 9 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 9 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถประเมินความรู้ ความเข้าใจ และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละราย/ครอบครัว ได้ถูกต้อง 2) สามารถเลือกใช้และเตรียมข้อมูลที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือในการนำไปสอน สาธิตหรือถ่ายทอดให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล 3) สามารถสอนให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจถึงแนวทางการรักษา ประโยชน์ และผลกระทบ เป็นข้อมูลสนับสนุนในการตัดสินใจเกี่ยวกับทางเลือกของการรักษาทางด้านโรคมะเร็ง 4) สามารถสอน สาธิต ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อน ระหว่าง และหลังได้รับการรักษาทางด้านโรคมะเร็ง 5) สามารถสอน ให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยสอดคล้องกับวัฒนธรรม ไม่ขัดต่อหลักทางศาสนา และความเชื่อ 6) สามารถสร้างเสริมและพัฒนาบุคลิกภาพที่ดีให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเชื่อมั่น น่าเชื่อถือ ในการนำเสนอผลงาน หรือถ่ายทอด เผยแพร่องค์ความรู้ด้านโรคมะเร็ง ไปสู่ภายนอกทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ 7) สามารถจัดทำแผนหรือสื่อการสอนในรูปแบบใหม่ ๆ ที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย และทันสมัยได้

8) สามารถสอน สาธิต และให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง ส่งเสริม และป้องกันโรคมะเร็งได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุมตามการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน และ 9) สามารถเป็นวิทยากร สอน สาธิต และถ่ายทอดองค์ความรู้ ทางด้านโรคมะเร็งให้แก่เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลจบใหม่ ทั้งภายในและนอกองค์กรได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ (MD = 4.67 - 4.75, IR = .26 - .46)

3. สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 7 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 7 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถอธิบาย และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล เข้าใจถึงขั้นตอนการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย 2) สามารถจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) สามารถบูรณาการความรู้เกี่ยวกับการดูแล แบบประคับประคองและระยะท้าย และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้ถูกต้องเหมาะสม 4) สามารถวางแผน ให้การดูแลแบบประคับประคอง แก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล โดยเตรียมความพร้อม ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ระยะท้าย และระยะก่อนเสียชีวิต ตลอดจนการดูแลระยะเสียชีวิต รวมถึงหลังผู้ป่วยจากไป 5) สามารถพูดคุย ให้กำลังใจ และเข้าใจในสถานการณ์ ความต้องการ ความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัวที่จะสูญเสียของผู้ป่วย และครอบครัวเฉพาะราย 6) สามารถให้การดูแลและวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมการดูแลที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล มีส่วนร่วมผ่านกระบวนการ Family meeting และ 7) สามารถให้การดูแล ที่เข้าถึงความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยความเห็นอกเห็นใจ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ มีใจเมตตากรุณา และเสียสละต่อผู้ป่วยและครอบครัว (MD = 4.67 - 4.72, IR = .29 - .46)

4. สมรรถนะด้านการจัดการอาการรบกวน ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 6 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดอาการ ปัจจัยความเสี่ยง อาการ อาการแสดง อาการรบกวน และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ทั้งจากโรคมะเร็ง และจากการรักษาในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน และทันสมัยตามการเปลี่ยนแปลง 2) สามารถบริหารจัดการภาวะ ฉุกเฉินทางด้านโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ 3) สามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ในการประเมิน จัดการ และป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน และภาวะฉุกเฉินทางด้านโรคมะเร็งได้ 4) สามารถประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการประเมินและจัดการ กับความเจ็บปวดทั้งแบบการใช้ยา และไม่ใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ 5) สามารถจัดการอาการรบกวน อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น จากการดำเนินของโรคมะเร็ง และจากการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งติดตาม อาการหลังได้รับการรักษา และ 6) สามารถอธิบายเกี่ยวกับประเภทของยาระงับปวด กลไกการออกฤทธิ์ ข้อบ่งใช้ และแนวทางการจัดการผลข้างเคียง (MD = 4.62 - 4.74, IR = .28 - .59)

5. สมรรถนะด้านการส่งเสริม ป้องกันโรคมะเร็ง ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 6 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถให้ข้อมูลและความรู้ในการ ปฏิบัติตนเกี่ยวกับวิธีการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง 2) สามารถแนะนำแหล่งประโยชน์ ในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน ลดความเสี่ยงทางด้านโรคมะเร็งที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและเข้าถึง ได้ง่าย 3) สามารถประเมิน คัดกรองโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นได้ เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยการสอนตรวจ เต้านมด้วยตนเองเบื้องต้น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแนะนำการตรวจ HPV DNA Self - test และการตรวจ

คัดกรองมะเร็งลำไส้ ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ 4) สามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง ส่งเสริม ป้องกันโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกแบบเชิงรุกได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ 5) สามารถอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอน และวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งแต่ละชนิดที่มีความทันสมัยได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม และ 6) สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรองและดูแลรักษาโรคมะเร็ง ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ได้ถูกต้องตามการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคต (MD = 4.64 - 4.72, IR = .29 - .54)

6. สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 6 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถใช้ทักษะและเลือกกลยุทธ์ ในการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และระหว่างทีมพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 2) สามารถเลือกใช้กลยุทธ์ในการสื่อสารให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เข้าใจอย่างถูกต้อง 3) สามารถใช้ทักษะการสื่อสารในการถ่ายทอด เผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านโรคมะเร็ง ทั้งภายในและภายนอกองค์การ ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 4) สามารถเลือกช่องทางชนิดของสื่อในการสื่อสารและวิธีการสื่อสาร เฉพาะรายบุคคล ครอบครัว ได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ 5) สามารถบอกข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวได้อย่างนุ่มนวล โดยเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และ 6) สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการสื่อสาร ระหว่างผู้มารับบริการ ทีมพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (MD = 4.67 - 4.72, IR = .29 - .46)

7. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 6 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถปฏิบัติพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยคุณธรรมจริยธรรม และด้วยจิตใจที่มีความเมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ 2) สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ตามความต้องการ และสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับอย่างเหมาะสม 3) สามารถให้การช่วยเหลือตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ที่ควรจะได้รับ และได้รับการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล เช่น สิทธิประโยชน์ในการเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาล ค่ายาเคมีบำบัด หรือค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น 4) สามารถแสดงออกถึงการปฏิบัติที่เหมาะสมในพิทักษ์และรักษาสิทธิ ประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัวได้โดยไม่ผิดหลักคุณธรรม จริยธรรม และวิชาชีพแห่งตน 5) สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลภายใต้ กฎหมายวิชาชีพ การพยาบาลจริยธรรม และวัฒนธรรมได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม 6) สามารถบูรณาการความรู้เกี่ยวกับ ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ หลักศาสนา ที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว (MD = 4.67 - 4.72, IR = .29 - .46)

8. สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางด้านโรคมะเร็ง ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 5 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถใช้ทักษะเบื้องต้น ในการสื่อสาร ได้แก่ การฟังที่ดี รับฟังอย่าง ตั้งใจ สบตาและสะท้อนความรู้สึกได้ตามความเหมาะสม เข้าใจ ในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว 2) สามารถใช้เทคนิคและกระบวนการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนส่งต่อทีมพยาบาลเฉพาะทางให้คำปรึกษา

3) สามารถอธิบายเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม คัดกรองแยกประเภทโรคมะเร็งทางพันธุกรรม และไม่ใช่โรคมะเร็งทางพันธุกรรมเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง 4) สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยโรคมะเร็ง และมีความเสี่ยงทางด้านพันธุกรรมเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ก่อนส่งปรึกษาที่มพยาบาลให้คำปรึกษาเฉพาะทางด้านพันธุกรรมศาสตร์ 5) สามารถวิเคราะห์ปัญหาเบื้องต้นจากการประเมิน ชักประวัติข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรคมะเร็งพันธุกรรม ประวัติครอบครัว ความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งทางพันธุกรรมได้ถูกต้อง (MD = 4.55 - 4.72, IR = .29 - .72) และมีความสำคัญระดับมาก 1 ข้อ ได้แก่ 6) สามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งทางพันธุกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัว ใช้ประกอบในการตัดสินใจรับบริการทางด้านพันธุกรรมศาสตร์ (MD = 4.50, IR = .76)

9. สมรรถนะด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 5 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 5 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถประเมินและคัดเลือกผลงานวิจัยทางการแพทย์ มาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการดูแลและจัดการผู้ป่วยโรคมะเร็ง เฉพาะรายบุคคลแบบองค์รวม 2) สามารถใช้การคิดเชิงวิเคราะห์ในการประเมินและเลือกใช้ผลงานวิจัยที่น่าเชื่อถือ ในการพัฒนาคุณภาพทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งที่เหมาะสมตามบริบท 3) สามารถสืบค้นและประเมินงานวิจัยทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งที่เป็นปัจจุบัน และทันสมัยจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือได้ 4) สามารถส่งเสริมพัฒนาตนเองในการเรียนรู้วิธี กระบวนการพัฒนางานวิจัยหรือแนวปฏิบัติทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งได้ และ 5) สามารถให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม (MD = 4.67 - 4.72, IR = .29 - .46)

10. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการแพทย์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 4 ข้อ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญระดับมากที่สุด 4 ข้อ ได้แก่ 1) สามารถเรียนรู้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ ในทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม 2) สามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรมด้านสุขภาพ แอปพลิเคชันในการสื่อสารภายในหน่วยงานหรือองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัด รวมไปถึงผลลัพธ์ทางการแพทย์ในการนำมาปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น 4) สามารถจัดการกับข้อมูลโดยนำมาวิเคราะห์ คิดเชิงระบบ คิดเชิงสร้างสรรค์และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้พัฒนาการบริการ และพัฒนางานวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (MD = 4.64 - 4.71, IR = .31 - .54)

อภิปรายผลการวิจัย

1. สมรรถนะด้านการปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง สถานการณ์ปัจจุบันโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และมีวิวัฒนาการด้านการรักษาที่ก้าวหน้า จากการทบทวนและรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในด้านของการปฏิบัติพยาบาลเฉพาะทางด้านการรักษาที่มีความซับซ้อน โดยสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง¹⁶ โดยสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยให้บริการด้านโรคมะเร็ง ตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ¹⁷

2. สมรรถนะด้านการสอนให้ความรู้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายในให้บริการด้านโรคมะเร็ง ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านโรคมะเร็ง ทั้งภายใน

และภายนอกองค์กร สนับสนุนให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถนะบุคลากรทางด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ต้องมีความสามารถด้านการสอนให้ความรู้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง¹⁸ และถ่ายทอดองค์ความรู้โรคมะเร็งให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งภายในและนอกองค์กรได้

3. สมรรถนะด้านการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย จำเป็นต้องมีความสามารถด้านนี้ เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ร่างกาย และจิตใจ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความรู้สึกที่กำลังจะสูญเสีย¹⁸

4. สมรรถนะด้านการจัดการอาการรบกวน จำเป็นต้องมีความสามารถในการจัดการอาการรบกวน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลเชี่ยวชาญโรคมะเร็ง ในการจัดการความเสี่ยงและอาการแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ได้อย่างปลอดภัย¹⁸

5. สมรรถนะด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็ง จำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับหน้าที่ตามกฎหมาย และวัตถุประสงค์ในการจัดหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะเวลา 4 เดือน ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ¹⁴

6. สมรรถนะด้านการสื่อสาร จำเป็นต้องมีทักษะและเลือกใช้กลยุทธ์ในการสื่อสาร ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และระหว่างทีมพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามมีความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ¹⁹

7. สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม จำเป็นต้องมีคุณธรรม จริยธรรม และให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยจิตใจที่มีความเมตตา กรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ สามารถให้การพยาบาลได้ตามความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ตามความต้องการ และสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับอย่างเหมาะสม โดยไม่ผิดหลักกฎหมายและเป็นไปตามจรรยาบรรณวิชาชีพ²⁰

8. สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางด้านโรคมะเร็ง จำเป็นต้องมีการสมรรถนะด้านนี้ โดยสามารถใช้เทคนิคและกระบวนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทางพันธุกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนส่งต่อทีมพยาบาลเฉพาะทางให้คำปรึกษา สอดคล้องกับหลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ระยะเวลา 4 เดือน ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อจบหลักสูตร ต้องมีทักษะเฉพาะในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย และครอบครัว รวมทั้งการให้คำปรึกษาพันธุกรรมด้านโรคมะเร็ง¹⁴

9. สมรรถนะด้านการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการพัฒนาการดูแล และจัดการผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจหน้าที่ตามกฎหมายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติและโรงพยาบาลมะเร็งภูมิภาค ในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาความรู้ด้านโรคมะเร็งและสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง¹³

10. สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการพยาบาล จำเป็นต้องสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางด้านสุขภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ แผนปฏิบัติการราชการ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) เรื่อง การพัฒนาการบริการด้านโรคมะเร็งอย่างเป็นองค์รวม โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูง¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหาร สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และเป็นแนวทางพัฒนา ฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นเครื่องมือสำหรับในการประเมิน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง

References

1. World Health Organization. IARC Global Cancer Observatory. 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/>.
2. Sheldon, L. K. COVID-19's Implications for people with cancer and oncology nurses. 2021. Available from: <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=353500a8-0b3a-4622-ae5d-b635c38d146f%40redis>
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai Older Persons 2020. 1st ed. Nakhon Pathom: Amarin Printing & Publishing; 2021. (in Thai)
4. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry. 2021. Available from: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/download/HOSPITAL-BASED_2021.pdf (in Thai)
5. Tanakee W. Leadership: Development, composition and management of the epidemic situation of COVID 19. Journal of Social Sciences Mahamakut Buddhist University 2021;4(1):39-47. (in Thai)
6. Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health. Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (2016–2036). Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7602>. (in Thai)
7. National Cancer Institute. Annual report 2020. Available from: <https://url.in.th/lcJps> (in Thai)
8. Sa-nguansai J, Chaipibansarit P, Apirak P. A Career Ladder Radiation Oncology Nurse Competency. Journal of Safety and Health 2020;9(34):39-45. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JSH/article/view/130424/97841> (in Thai)
9. Deemuang J, Hinjiranan S, Buddiangkul B. The components of leadership competencies of head nurses in the cancer hospital in the department of medical services under the ministry of public health. Christian University of Thailand Journal 2015;21(4):774-84. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/257440/175271> (in Thai)
10. Canadian Association of Nurses in Oncology/Association Canadienne Des Infirmieres En Oncologie (CANO/ACIO). Practice standards and competencies for the Specialized Oncology Nurse. 2022. Available from: <https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/practice/cano-systemictherstandards-e.pdf>
11. Macmillan cancer support. Macmillan competency framework for nurses (MCFN). In press 2019.
12. Yarbro, C H., Wujcik, D and Gobel, B. H. Cancer nursing principles and practice eight edition. 8th ed. New York: Jones & Bartlett Learning; 2018.

13. Jordanian Nursing Council. Standards of oncology nursing practice and professional performance. 2023. Available from: https://jnc.gov.jo/ebv4.0/root_storage/ar/eb_list_page/oncology_health_nursing.pdf
14. Nursing Department of National Cancer Institute. Program of nursing specialty in oncology nursing (Oncology Nursing Course Syllabus). In press 2022. (in Thai)
15. Gracht H. Consensus measurement in delphi studies review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting & Social Change*. 2012;79(1):1525-36. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>.
16. Dussaruk D. Nursing care for patients with cancer. 1st ed. Bangkok: Danex Inter Corporation Company Limited, 2017. (in Thai)
17. National Cancer Institute. National cancer institute 5-year action plan (2023-2027). Available from: <https://www.nci.go.th/th/Today/download/NCI%20Strategic%20booklet%20-%20June%20%202023.pdf>. (in Thai)
18. Puttamon K, Prachusilpa G. A study of palliative care nursing outcomes quality indicators, patients with cancer in the terminal stage. *Thai red cross nursing journal*. 2019;12(1):105-26. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/203256/145139> (in Thai)
19. Saikaew S, Tanatwanit Y, Kunsongkeit W. Effective communication between nurses and advanced cancer patients. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(2):93-101. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/244644/165970> (in Thai)
20. Nursing Division, Ministry of Public Health. Code of ethics. 2020. Available from: https://www.don.go.th/?page_id=1643. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of PITS - Based Education to Enhance Health Literacy
on Self - Management among Older Persons with Knee Osteoarthritis

Received: Apr 10, 2024

Revised: Jul 21, 2024

Accepted: Jul 25, 2024

Komgrit Kanchangud, M.N.S^{1*}Sirirat Panuthai, Ph.D.²Jittawadee Rhiantong, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Health literacy promotion is important for older adults with knee osteoarthritis. PITS - based education affects to enhance health literacy and self - management in older adults with knee osteoarthritis.

Research objective: To examine the effect of PITS - based education to enhance health literacy on self - management among older adults with knee osteoarthritis.

Research methodology: This study was a two - group experimental research. The participants were older adults with osteoarthritis attending a sub - district health promoting hospital. Fifty - four participants were randomly selected and assigned into an experimental group (n = 27) and a control group (n = 27). The experimental group received PITS - based education which consisted of four group sessions and one individual session. The control group received usual care. The research instruments included 1) the education plan, 2) a health literacy manual, 3) a knee osteoarthritis video, 4) an understanding personal perception scale, and 5) a health literacy questionnaire. Data collection tools were 1) a personal and illness data recording form, 2) a questionnaire on self - management behavior of older adults with knee osteoarthritis, and 3) the Oxford Knee Score. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t - test, and non - independent t - test.

Results: The experimental group showed a significant enhancement of the self - management mean score compared to the control group ($p < .01$) and before the intervention ($p < .01$).

Conclusion: Providing PITS - based education can improve health literacy and self - management in older adults with osteoarthritis.

Implications: Healthcare providers can use the PITS - based educational model to promote self - management in older adults with osteoarthritis.

Keywords: PITS - based education, health literacy, self - management, older persons with knee osteoarthritis

^{1*}Corresponding author: Graduate Student of Nursing Science program, Email: m.komgrit@gmail.com

²Assistant Professor, Email: siriratpanuthai@hotmail.com

³Assistant Professor, Email: jittawadee.r@cmu.ac.th

¹⁻³Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.

ผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

Received: Apr 10, 2024

Revised: Jul 21, 2024

Accepted: Jul 25, 2024

คมกฤทธิ์ การชะงัด พย.ม.^{1*}

ศิริรัตน์ ปานอุทัย ปร.ด.²

จิตตวดี เจริญทอง ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ ส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: ศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเป็นการวิจัยทดลองแบบสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 54 ราย และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ราย กลุ่มทดลองให้ความรู้ตามหลักพิตส์ แบบกลุ่ม 4 ครั้ง รายบุคคล 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการให้ความรู้ คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สื่อวีดิทัศน์ แบบวัดความเข้าใจของบุคคล และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วย และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่แบบอิสระ และการทดสอบที่แบบไม่อิสระ

ผลการวิจัย: คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และสูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปผล: การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ ส่งผลให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำรูปแบบการให้ข้อมูลตามหลักพิตส์ไปใช้เพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

คำสำคัญ: การให้ความรู้ตามหลักพิตส์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

^{1*}Corresponding author นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต Email: m.komgrit@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: siratpanuthai@hotmail.com

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: jittawadee.r@cmu.ac.th

¹⁻³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ¹ องค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 ของประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม² ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา ประมาณการว่า ประชาชน 1 ใน 4 (หรือ 54.4 ล้านคน) ของประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 78 ล้านคนภายในปี 2040³ ญี่ปุ่นพบอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 24.3⁴ เช่นเดียวกับประเทศเกาหลี ที่พบประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 37.3⁵ ส่วนประเทศไทยพบผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็น 17.7 ต่อแสนประชากร⁶

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อเข่า ทั้งทางด้านรูปร่าง โครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อ และกระดูกบริเวณใกล้เคียง เนื่องจากกระดูกอ่อนผิวข้อถูกทำลายจนเกิดการสูญเสีย กระดูกผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเสียดสีกับกระดูกจนเกิดการอักเสบ ประกอบกับเนื้อเยื่อเกี่ยวพันของกระดูกอ่อนผิวข้อความยืดหยุ่น และน้ำไขข้อลดลง⁷ ส่งผลให้ข้อเข่าเสถียรภาพ และทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน จากอาการ ได้แก่ ข้อเข่าใหญ่ผิดรูป อาการปวดตื้อ ๆ และปวดมากขึ้น โดยความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ ความพิการ⁸ ส่งผลให้เกิดภาวะ ฟังฟังจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง⁴ ด้านจิตใจจากการทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อเข่า เรื้อรัง มีภาวะฟังฟัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการลดลงของคุณค่าตนเอง จนอาจรุนแรงถึงการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.9⁹ ด้านสังคม การสูญเสียเอกลักษณ์ การมีอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการสูญเสียบทบาททางสังคม¹⁰ และด้านเศรษฐกิจ จากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการผ่าตัด¹¹ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน พฤติกรรมการใช้ข้ออย่างเหมาะสม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อเข่า¹² และการลดน้ำหนักตัว¹³ 2) การรักษาด้วยยา และ 3) การรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งการรักษาโดยไม่ใช้ยาถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการจัดการ กับโรคข้อเข่าเสื่อม¹⁴ ประกอบด้วยการใช้เวชศาสตร์ฟื้นฟู (Physical therapy) คือ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ให้กลับมาแข็งแรงหรือกลับสู่สภาพเดิมให้ได้มากที่สุด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจำเป็นต้องมีปรับเปลี่ยน การปฏิบัติที่หลากหลาย และมีการปฏิบัติไปตลอดชีวิต เพื่อชะลอการเสื่อมของข้อเข่า ป้องกันภาวะแทรกซ้อน บรรเทาอาการปวด และสามารถดำเนินชีวิตควบคู่ไปกับการเจ็บป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองโดยการนำแผนการรักษาผนวกไว้ในแบบแผนการดำเนินชีวิต

การจัดการตนเอง เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการจัดการในแต่ละวันไปตลอดชีวิต¹⁵ เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้านการแพทย์ โดยเป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนการรักษา เช่น การรับประทานยา การบริโภคอาหารที่เฉพาะเจาะจง กับความเจ็บป่วย 2) การจัดการบทบาทเป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทเดิม การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่และการสร้าง พฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ในชีวิต และ 3) การจัดการด้านอารมณ์เป็นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น อารมณ์โกรธ กลัว คับข้องใจ และซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีการจัดการตนเอง ได้อย่างเหมาะสมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งหนึ่งในนั้น คือ ปัจจัยด้านความรู้ทางด้านสุขภาพ

เพราะเป็นทักษะพื้นฐานเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล และทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ดังการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .34, p < .01$) โดยผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการจัดการตนเองดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลมาใช้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพของตนเอง¹⁵ ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานเป็นทักษะในการอ่านและเขียนเพื่อที่จะสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ คือ ทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) ขั้นสูงขึ้นรวมถึงทักษะทางสังคม (Social skills) ทำให้สามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะขั้นสูงทั้งทักษะทางปัญญาและสังคม ในการคิดวิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละสถานการณ์ การที่ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ มีทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในทุกระดับ จะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจาก หลายแหล่งข้อมูล และทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ จนถึงระดับที่สามารถวิเคราะห์ความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลก่อนนำมาสู่การประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติในชีวิตประจำวันให้เหมาะสม และสอดคล้องกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ โดยหวังผลลัพธ์ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลยุทธ์ ในการส่งเสริมทักษะทางปัญญาที่เป็นที่นิยม คือ การสอนโดยรูปแบบการสอนที่ได้รับการพัฒนา และพิสูจน์ว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่สูงขึ้น จนนำมาสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบรูปแบบ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นการสอน และการให้ข้อมูลเพื่อช่วยการตัดสินใจของผู้ป่วย โดยเน้น กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁷ อย่างไรก็ตามรูปแบบการสอนส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดเนื้อหา และรูปแบบการสอนโดยบุคลากรสุขภาพ ซึ่งอาจมีข้อจำกัดที่ส่งผลให้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกไม่ยั่งยืน เนื่องจากโรคข้อเข่าเสื่อม เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว และอีกรูปแบบ ของการสอน คือ รูปแบบการสอนตามหลักพิตส์¹⁶ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบการสอนอื่น ๆ คือ การเน้นผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง โดยข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยมีการคำนึงถึงสถานะของสุขภาพของผู้ป่วย สำหรับผู้ที่มีการเจ็บป่วยแล้ว ข้อมูลด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่ให้มีการจัดเรียงอย่างเป็นระบบเพื่อช่วยส่งเสริมการเก็บจำข้อมูล (Retention) ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยของตนเองได้ดีขึ้น เปรียบเสมือนการสอนให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพของตนเอง (Health expert)¹⁶ โดยเริ่มจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งด้าน พยาธิสรีรวิทยา (Pathology: P) ตามด้วยข้อมูลข้อบ่งชี้ความเจ็บป่วยหรืออาการและอาการแสดง (Indication: I) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเจ็บป่วย และสุดท้ายคือข้อมูลการรักษา (Treatment: T) ทั้งการรักษา ความเจ็บป่วยตามมาตรฐานและการรักษาเฉพาะบุคคล (Specific: S) เมื่อข้อมูลมีการส่งผ่านจากบุคลากรสุขภาพ มาสู่ผู้ป่วย จะมีกระบวนการประมวลผลข้อมูลคือความเชื่อตามประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน โดยกลยุทธ์เพื่อช่วย ส่งเสริมกระบวนการทำความเข้าใจข้อมูลและเก็บจำ (Retention) คือ การสะท้อนคิด (Reflection) และการสอนกลับ (Teach back) ซึ่งเป็นรูปแบบการสอนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความจำระยะสั้น

ดังนั้น จำเป็นต้องใช้เทคนิควิธีในการส่งเสริมการเก็บจำเป็นให้เป็นความจำระยะยาว และสามารถนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด¹⁶

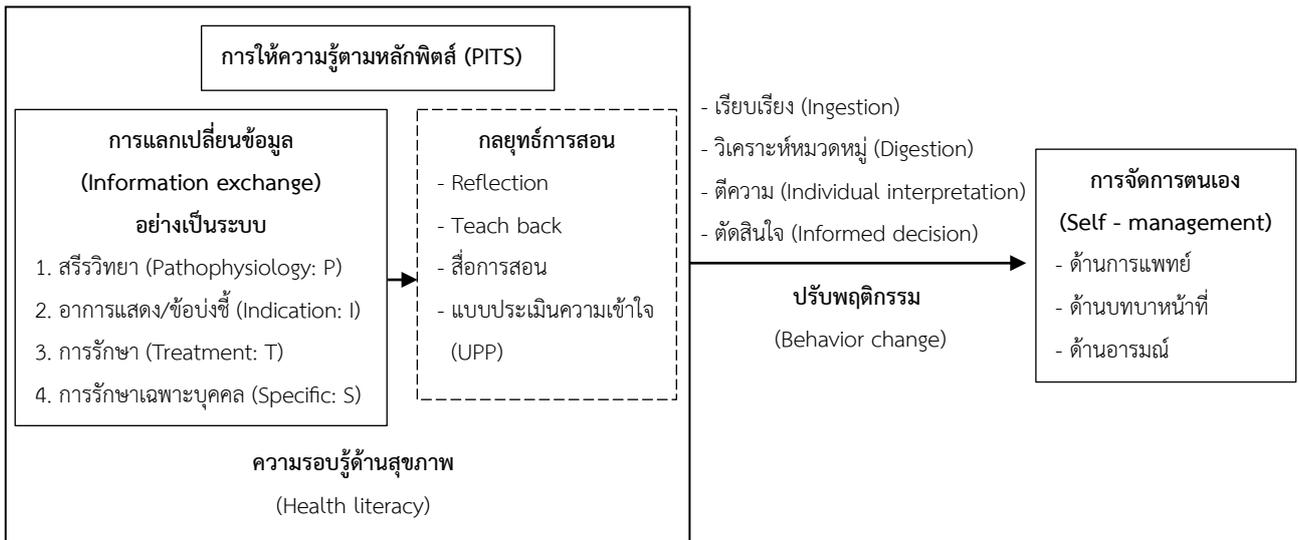
จากการทบทวนวรรณกรรมพบการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลายการศึกษา เช่น การศึกษาผลของการสอนตามหลักของพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่พบว่าการสอนตามหลักของพิตส์ส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายร่วมหลายโรค ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้¹⁸ เนื่องจากความแตกต่างในด้านข้อมูลพยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง และการรักษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้รูปแบบการสอนตามหลักของพิตส์สอนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยได้พัฒนาโปรแกรมรูปแบบการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมความรู้ตามหลักพิตส์ (PITS model)¹⁵ เป็นรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีแนวทางในการสื่อสารที่เป็นมาตรฐาน มีลำดับขั้นตอนในการให้ข้อมูล โดยเริ่มจากขั้นตอนที่ 1 คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information exchange) ประกอบไปด้วย ข้อมูลพยาธิสรีรวิทยา ข้อมูลอาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ ข้อมูลการรักษา และข้อมูลการรักษาเฉพาะบุคคล โดยลำดับการนำเสนอข้อมูลตามหลักพิตส์ คือการจัดลำดับหมวดหมู่ของข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 คือ นำข้อมูลมาเรียบเรียงเป็นความเข้าใจของตนเอง (Ingestion) ขั้นตอนที่ 3 คือการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับโดยนำข้อมูลแต่ละส่วนมาวิเคราะห์เชื่อมโยงผสมผสานกับประสบการณ์เดิมของตนเอง กลยุทธ์การสอนที่จะช่วยให้สามารถตรวจสอบความเข้าใจในข้อมูลของผู้ป่วย คือการสะท้อนคิด (Reflection) และการสอนกลับ (Teach back) จะช่วยให้ผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้รับมาเปรียบเทียบกับความรู้และประสบการณ์เดิม และการให้ผู้ป่วยตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง ผ่านกระบวนการวิเคราะห์และตีความ (Individual interpretation) สามารถนำไปสู่การตัดสินใจ (Informed decision) จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change) จนนำมาสู่การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ทั้งการจัดการด้านการแพทย์ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการบทบาทหน้าที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม และการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดภายหลังความเจ็บป่วย ดังภาพที่ 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการสอน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental research) แบบสองกลุ่ม มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่า 6 เดือน ในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ไม่น้อยไปกว่า 6 เดือน ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยมีคะแนนการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรับรู้ฉบับสั้นของไฟเฟอร์ 8 คะแนนขึ้นไป 3) มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 14.00 - 42.00 คะแนน 4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ผู้สูงอายุหรือบุคคลในครอบครัวมีสมาร์ทโฟน และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีอาการที่แสดงถึงข้อเข่าอักเสบขณะคัดกรอง ได้แก่ อาการปวด บวม และแดงร้อน บริเวณข้อเข่า

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจในการทำนาย (Power) ที่ .08 และขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .50 โดยเป็นระดับปานกลางในงานวิจัยทางการแพทย์¹⁹ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม¹⁹ และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันในการสูญหายอีกร้อยละ 20 ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มเลือกตำบลโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แล้วประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยการแจกใบปลิว และปิดประกาศที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึงประกาศข้อความ ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อกลุ่มเฟซบุ๊ก เมื่ออาสาสมัครสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้วิจัยจึงขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูล และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นนำรายชื่ออาสาสมัครแต่ละตำบลที่ได้มาสุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์สุ่มตัวเลขออนไลน์ ตำบลละ 18 คน แล้วพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ ถ้าหากไม่ผ่านคุณสมบัติผู้วิจัยทำการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน

การคัดเลือกเข้ากลุ่ม

ผู้วิจัยสุ่มแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random assignment) โดยการจับฉลากจากรายชื่อที่สุ่มได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กำหนดให้เลขคู่คือ กลุ่มทดลอง และเลขคี่คือกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนสอนการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยยึดหลักการสอนตามแบบของพิตส์ (PITS) โดยมีการเรียงลำดับเนื้อหาตามหลักพิตส์ และประเมินความเข้าใจ เนื้อหาภายหลังการให้ความรู้แต่ละครั้งด้วยแบบประเมินความเข้าใจของบุคคล การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 60 - 90 นาที รายบุคคล 1 ครั้ง ๆ ละ 15 - 30 นาทีต่อคน

1.2 คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม

1.3 สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม เรื่อง พยาธิสรีรวิทยา อาการแสดง และอาการ ที่เป็นข้อบ่งชี้การรักษาของโรคข้อเข่าเสื่อม และการจัดการตนเองในโรคข้อเข่าเสื่อม

1.4 แบบประเมินความเข้าใจของบุคคล ใช้เครื่องมือประเมินความรู้ และความเข้าใจส่วนบุคคล ที่เรียกว่า UPP scale โดยมีรูปภาพที่ใช้สื่อสารเพื่อความเข้าใจตามมาตรวัด 5 ลำดับ ประกอบไปด้วยภาพดวงอาทิตย์ เต็มดวง หมายถึง ความชัดเจนและความกระจ่างอย่างถ่องแท้ และหากมีรูปก้อนเมฆ หมายถึง มีความคลุมเครือ ขาดความชัดเจนหรือสับสนเกี่ยวกับข้อมูล

1.5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยปรับจากแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน²⁰ โดยปรับข้อความจากโรคเบาหวานเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนรวมตั้งแต่ 14.00 - 56.00 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ช่วงคะแนนระหว่าง 14.00 - 28.00 คะแนน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 28.01 - 42.00 คะแนน และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ช่วงคะแนนระหว่าง 42.01 - 56.00 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิการรักษา ลักษณะการอยู่ แหล่งข้อมูลสุขภาพ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคข้อเข่าเสื่อม ประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และยาโรคข้อเข่าเสื่อมทดสอบโคสแควร์เพช จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมใน 1 ปี ทดสอบด้วยการทดสอบฟิสเซอร์

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม²¹ ข้อคำถาม 27 ข้อ คะแนนรวม ตั้งแต่ 27.00 – 108.00 คะแนนแปลผล 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ 1) การจัดการตนเองในระดับต่ำ คะแนนตั้งแต่ 27.00 – 52.00 คะแนน 2) การจัดการตนเองในระดับปานกลาง คะแนนตั้งแต่ 52.01 – 80.00 คะแนน และ 3) การจัดการตนเองในระดับสูง คะแนนตั้งแต่ 80.01 – 108.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แผนการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คู่มือความรู้ด้านสุขภาพ สื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนของโครงสร้างและเนื้อหาใด ๆ จึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ

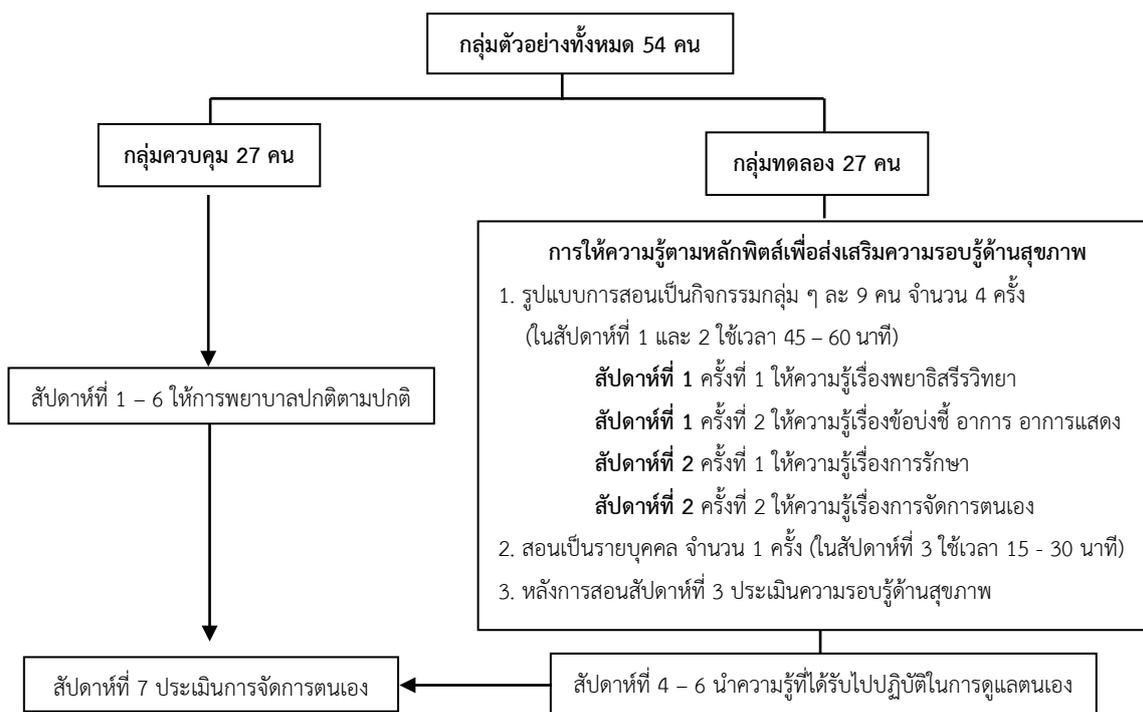
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติการเก็บข้อมูล นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่ม จะนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาคนละวันกัน การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม - กันยายน 2566 ดังแผนภูมิที่ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรม จากสำนักจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 068/2566 รหัสโครงการ: 2566 EXP032 ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หลังดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นผู้วิจัยมอบคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มควบคุมทุกราย



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi - square test หรือ Fisher's exact test ทดสอบการกระจายของข้อมูลการจัดการตนเองด้วยสถิติ Komogorov - smirnov พบว่า มีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Paired t - test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และใช้สถิติ Independent t - test ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนหลังการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 66.85 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.85 ปี ประมาณสามในสี่ของกลุ่มควบคุมและมากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 74.10 และร้อยละ 55.60 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.80 และร้อยละ 88.90 ตามลำดับ) เกือบครึ่งของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 48.11 และร้อยละ 48.10 ตามลำดับ) ประมาณสองในสามของกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 66.70) ครึ่งหนึ่งของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 51.90 และร้อยละ 51.90 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 88.90 และร้อยละ 85.20 ตามลำดับ) ประมาณหนึ่งในสี่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 27.30 และร้อยละ 29.70 ตามลำดับ) ครึ่งหนึ่งของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่า 5 ปี

(ร้อยละ 51.85) หนึ่งในสามของกลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.30 ส่วนกลุ่มทดลอง หนึ่งในสี่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 23.50, 23.50 และ 23.50 ตามลำดับ หนึ่งในสามของแหล่งที่มาของรายได้ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 34.30 และร้อยละ 37.50 ตามลำดับ สองในสามของกลุ่มควบคุมเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 66.66 และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 81.48 ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เคยมีประวัติหกล้มใน 1 ปี (ร้อยละ 88.88 และร้อยละ 85.18 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (N = 54)

คะแนน การจัดการตนเอง	กลุ่มควบคุม (n = 27)			กลุ่มทดลอง (n = 27)			t	p-value
	range	M	SD	range	M	SD		
ก่อนการทดลอง	45 - 88	64.18	11.00	45 - 88	64.44	12.04	.083	.935
หลังการทดลอง	45 - 87	63.66	10.65	85 - 104	95.34	4.43	14.267	.01*

* $p < .01$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมของทั้งสอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n = 27)

คะแนนการจัดการตนเอง	M	SD	T	p-value
ก่อนการทดลอง	64.44	12.04	-17.558	.01*
หลังการทดลอง	95.34	4.43		

* $p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลักของพิตส์ (PITS model)¹⁵ ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้กับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตามลำดับขั้นตอนอย่างเป็นเหตุผล ได้แก่ 1) ข้อมูลพยาธิสรีรวิทยา 2) ข้อมูลอาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ 3) ข้อมูลการรักษา และ 4) ข้อมูลการรักษาเฉพาะบุคคล โดยสอนข้อมูลพยาธิสรีรวิทยา อาการแสดงหรืออาการที่เป็นข้อบ่งชี้ และการรักษา จะสอนจำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 45 – 60 นาที จำนวน 2 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการสอนแบบกลุ่ม มีการใช้คู่มือความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในการสอน เช่น การใช้สื่อที่แสดงให้เห็นภาพการเสื่อมบริเวณผิวข้อเข่าในการสอนพยาธิสภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มเกี่ยวกับอาการของแต่ละคน และการสอนการรักษาเฉพาะบุคคลจะสอน 1 ครั้ง ใช้เวลา 15 – 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งเป็นการสอนรายบุคคล เป็นการนำเอาการรักษาของแต่ละบุคคลมาวิเคราะห์และทบทวนปัญหาผู้ป่วยให้เข้าใจได้ดียิ่งขึ้น โดยการให้ข้อมูลตามหลัก PITS เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีลำดับขั้นตอนระหว่างบุคลากรสุขภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของตนเอง มีการจัดลำดับหมวดหมู่ของข้อมูล โดยมีกลยุทธ์การสอนเพื่อตรวจสอบความเข้าใจทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ด้วยเทคนิควิธีการอภิปรายประกอบสื่อและคู่มือ การสอนย้อนกลับ และการสะท้อนคิดพร้อมทั้งประเมินความเข้าใจผู้สูงอายุภายหลังการสอนแต่ละครั้งจนทำให้ผู้สูงอายุเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้รับตั้งแต่สาเหตุของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม อาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคข้อเข่าเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจวิธีการรักษาของแพทย์ จนนำมาสู่การวิเคราะห์และตีความ จนเกิดความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นความรอบรู้สุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณเป็นผลจากการให้ความรู้ตามหลักของพิตส์ อย่างเป็นระบบ เมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ จะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนทำให้มีระดับคะแนนจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งการจัดการด้านการแพทย์ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย การลดน้ำหนัก เป็นต้น การจัดการบทบาทหน้าที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม และการจัดการกับอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงอันเกิดภายหลังความเจ็บป่วย จากที่กล่าวมารวมเรียกว่าการจัดการตนเอง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลของการศึกษาผลของการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1 - 3 ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะ 1 - 3 ที่ได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)²² นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลของการสอนตามหลักของพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการสอนตามหลักของพิตส์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมากกว่าก่อนได้รับการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁶ จึงยืนยันได้ว่าผลการให้ข้อมูลตามหลักพิตส์ส่งผลให้ความรอบรู้สุขภาพดีขึ้น นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

เมื่อผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้รับการให้ความรู้ตามหลักพิตส์เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลให้การจัดการตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยกระบวนการให้ความรู้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถวิเคราะห์ และตีความข้อมูล จนเกิดการตัดสินใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองดีขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้ตามหลักพิตส์จึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่สามารถส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำหลักการสอนของพิตส์ไปใช้เป็นแนวทางในสอนผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการติดตามผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลักพิตส์ต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง
2. ควรมีการทดสอบประสิทธิผลของการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยหลักพิตส์ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม

References

1. Lau MC, Lam JK, Siu E, Fung CS, Li KT, Lam MW. Physiotherapist-designed aquatic exercise programme for community-dwelling elders with Osteoarthritis of the knee: a Hong Kong pilot study. *Hong Kong Medical Journal* 2014;20(1):16-23.
2. World Health Organization. Priority diseases and reasons for inclusion [Internet]. 2013 [cited 2024 Jun. 1]. Available from: https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/prior_med_ch6_12/en/;2013
3. Osteoarthritis Action Alliance. A national public health agenda for Osteoarthritis: 2020 update [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun. 1]. Available from: https://oaaction.unc.edu/wp-content/uploads/sites/623/2020/05/OA-Agenda-Final_04302020.pdf
4. Muraki S, Akune T, Oka H, Ishimoto Y, Nagata K, Yoshida M, et al. Incidence and risk factors for radiographic knee Osteoarthritis and knee pain in Japanese men and women: A longitudinal population-based cohort study. *Arthritis and Rheumatism* 2012;64(5):1447-56.
5. Kim I, Kim HA, Seo YI, Song YW, Jeong JY, Kim DH. The prevalence of knee Osteoarthritis in elderly community residents in Korea. *Journal of Korean Medical Science* 2010;25(2):293-98.
6. Ekkaplakarn W. Report on the 6th survey of Thai people's health by physical examination 2019-2020 [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun. 1]. Available from : https://www.rama.mahidol.ac.th/nurturing_talent/sites/default/files/public/img/Researchcamp-bigdata/yr2565/NHES6_Rama_ResearchCamp18May22.pdf. (in Thai)
7. Allen JD, Kennedy M, Wilson-Glover A, Gilligan TD. African-American men's perceptions about prostate cancer: implications for designing educational interventions. *Social Science & Medicine* 2007;64(11):2189-200
8. American Academy of Orthopaedic Surgeons. Management of Osteoarthritis of the knee (Non-arthroplasty): evidencebased clinical practice guideline [Internet]. 2020 [cited 2024 Jun. 1]. Available from: <https://www.aaos.org/oak3cpg>

9. Stubbs B, Aluko Y, Myint P, Smith T. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in Osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2016;45(2),228-35.
10. Wallis JA, Taylor NF, Bunzli S, Shields N. Experience of living with knee Osteoarthritis: A systematic review of qualitative studies. *BMJ Open* 2019;9(9):e030060.
11. Salmon JH, Rat AC, Sellam J, Michel M, Eschard JP, Guillemin F, et al. Economic impact of lower-limb Osteoarthritis worldwide: A systematic review of cost-of-illness studies. *Osteoarthritis and Cartilage* 2016;24(9):1500-8.
12. Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 2006;16(S1):3-63.
13. Hunter DJ, Altman RD, Cicuttini F, Crema MD, Duryea J, Eckstein F, et al. OARSI clinical trials recommendations: knee imaging in clinical trials in Osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2015;23(5):698-715.
14. Wittenauer R, Smith L, Aden KM. Background Paper 6.12 Osteoarthritis;2013.
15. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of The Society of Behavioral Medicine* 2003;26(1):1-7.
16. Stewart, MN. Practical patient literacy: The medagogy model. New York: McGraw-Hill;2012.
17. Donchai J, Panuthai S, Tumdee D. Effect of PITS-based education to enhance health literacy on self-management among older persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal CMU* 2024;51(1):98-113. (in Thai)
18. Chittarat M, Panuthai S, Tamdee D. The Effect of PITS-Based Education to Enhance Health Literacy on Self-Management in Older Adults with Physical Multimorbidity. *Nursing Journal* 2023;50(3),174-87. (in Thai)
19. Burns N, Grove, SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 5th ed. Elsevier: Philadelphia; 2005.
20. Noppakroh J, Jintanawat R, Khamphonsiri T. Health knowledge and self-management in elderly people with type 2 Diabetes. *Nursing Journal* 2020;47(2):251-61. (in Thai)
21. Chakrothai S. Effects of a self-management support program on disease severity in elderly people with Osteoarthritis. Chiang Mai: Chiang Mai University;2011. (in Thai)
22. Phuttimane T, Panuthai S, Juntasopeepun P. The effect of PITS-based education health literacy on self management among older persons with chronic kidney disease stage 1-3. *Nursing Journal CMU* 2023;50(1):188-201. (in Thai)

The Components of Work - life Balance of Nurses in the Tertiary Care Hospitals

Received: Apr 12, 2024

Revised: Aug 11, 2024

Accepted: Aug 14, 2024

Lakana Siratirakul, Ph.D.^{1*}

Jaruwan Sanongyard, Ed.D.²

Netiya Jaemtim, Ed.D.³

Darin Panasant, M.Sc.⁴

Abstract

Introduction: Work - life balance is important for the quality of life of nurses. Understanding the components of work - life balance will help in better management for nurses.

Research objectives: To analyze the exploratory factors of work - life balance of nurses in the tertiary care hospitals.

Research methodology: The sample consisted of 330 nurses in tertiary care hospitals, using a stratified random sampling method. The research instrument was a questionnaire on work - life balance of nurses, which had a content validity index of .94 and an overall reliability of .96. Data were analyzed using descriptive statistics and exploratory factor analysis. Factor extraction was performed using principal component analysis with orthogonal rotation using the varimax method.

Results: The findings revealed that the factors of work - life balance among nurses consisted of 7 components: 1) Work and non - work role conflicts factor, comprising 13 variables, explaining 19.22% of the variance; 2) Family support factor, comprising 5 variables, explaining 9.16% of the variance; 3) Supervisor support factor, comprising 5 variables, explaining 9.14% of the variance; 4) Time adequacy factor, comprising 5 variables, explaining 8.87% of the variance; 5) Family involvement factor, comprising 4 variables, explaining 6.95% of the variance; 6) Workplace involvement factor, comprising 3 variables, explaining 5.63% of the variance; 7) Work - life satisfaction factor, comprising 3 variables, explaining 5.46% of the variance. These 7 factors together collectively explaining 64.46% of the variance in work - life balance among nurses.

Implications: This study can be used as foundational information to promote work - life balance for nurses, which contributes to their good quality of life.

Conclusion: The findings from this study on the components of work - life balance among nurses provide valuable information for nursing administrators to formulate policies and develop strategies to promote work - life balance. This will ensure nurses to achieve a work - life balance that aligns with their needs in the future.

Keywords: exploratory factor analysis, work - life balance, nurses

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Email: Lakana@snc.ac.th

²⁻⁴Lecturer ²Email: jaruwan@snc.ac.th, ³Email: netiya@snc.ac.th, ⁴Email: darin@snc.ac.th

¹⁻⁴Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Suphanburi, Thailand.

การวิเคราะห์องค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Received: Apr 12, 2024

Revised: Aug 11, 2024

Accepted: Aug 14, 2024

ลักขณา ศิริถิรกุล ปร.ด.^{1*}จารุวรรณ สอนงญาติ ศษ.ด.²เนติยา แจ่มทิม ศษ.ด.³ดารินทร์ พนาสันต์ วท.ม.⁴

บทคัดย่อ

บทนำ: ความสมดุลชีวิตและการทำงานมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล การเข้าใจองค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานจะช่วยให้สามารถช่วยส่งเสริมการจัดการความสมดุลสำหรับพยาบาลได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 330 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .94 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ สกัดองค์ประกอบ การวิเคราะห์องค์ประกอบร่วม เทคนิคย่อยวิธีแกนหลักและหมุนแกนองค์ประกอบแบบมุมฉากด้วยวิธีแวนเดอร์แมทซ์

ผลการวิจัย: พบว่า องค์ประกอบความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน 13 ตัวแปร อธิบายได้ 19.22% 2) ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว 5 ตัวแปร อธิบายได้ 9.16% 3) ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน 5 ตัวแปร อธิบายได้ 9.14% 4) ด้านการมีเวลาเพียงพอ 5 ตัวแปร อธิบายได้ 8.87% 5) ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว 4 ตัวแปร อธิบายได้ 6.95% 6) ด้านการมีส่วนร่วมในการทำงาน 3 ตัวแปร อธิบายได้ 5.63% และองค์ประกอบที่ 7 ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน 3 ตัวแปร อธิบายได้ 5.46% องค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน สามารถอธิบายความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล ได้ 64.46%

สรุปผล: การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลอันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: ผลจากการศึกษาองค์ประกอบความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลที่ได้จากงานวิจัยนี้เป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลวางแผนนโยบายและสร้างแนวทางการส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานเพื่อพยาบาลมีความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดีตรงกับความต้องการของพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบ ความสมดุลชีวิตและการทำงาน พยาบาล

แหล่งทุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี

^{1*}Corresponding author อาจารย์ Email: Lakana@snc.ac.th

²⁻⁴อาจารย์ ²Email: jaruwan@snc.ac.th ³Email: netiya@snc.ac.th ⁴Email: darin@snc.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สุพรรณบุรี ประเทศไทย

บทนำ

การทำงานและการสร้างครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสองประการในชีวิตของบุคคล และการสับเปลี่ยนระหว่างสองบทบาทนี้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันของผู้คนนับล้านทั่วโลก นอกจากนี้เวลาในการทำกิจกรรมทางศาสนาหรือทางสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจยังเป็นสิ่งสำคัญของชีวิต ดังนั้น บุคคลต้องจัดสรรเวลาในการทำงานและชีวิตส่วนตัวให้เหมาะสม ทำให้เกิดความสมดุลในสามมิติของชีวิต ได้แก่ ชีวิตในองค์กร ชีวิตสังคม และชีวิตส่วนตัว เรียกว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงาน (Work - life balance : WLB)¹ ความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างการทำงานที่มีค่าตอบแทนและภาระผูกพันในชีวิตส่วนตัว รวมทั้งความรับผิดชอบและกิจกรรมที่นอกเหนือจากงาน (ครอบครัว เวลาพักผ่อน และสังคม)² แนวคิดของความสมดุลชีวิตและการทำงานประกอบด้วย 4 ด้านของชีวิต ได้แก่ ชีวิตการทำงาน ชีวิตครอบครัว ชีวิตสังคม เพื่อน และชีวิตส่วนตัว อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วการทำงานและชีวิตส่วนตัวมักขัดแย้งกัน บุคลากรมักจะต้องทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันให้กับองค์กร และยอมเสียสละความต้องการในชีวิตส่วนตัวและสังคม

พยาบาลส่วนใหญ่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และต้องทำงานเวรผลัด เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีจำนวนพยาบาลที่ไม่เพียงพอทำให้พยาบาลและผู้บริหารการพยาบาลมีภาระงานมากขึ้น นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ผู้บริหารทางการพยาบาลยังมีหน้าที่ในการบริหารงานเพื่อประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล และสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ส่งผลทำให้พยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลเผชิญกับความรับผิดชอบในงานที่เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลลาออกจากงานซึ่งส่งผลให้เกิดการขาดแคลนพยาบาล

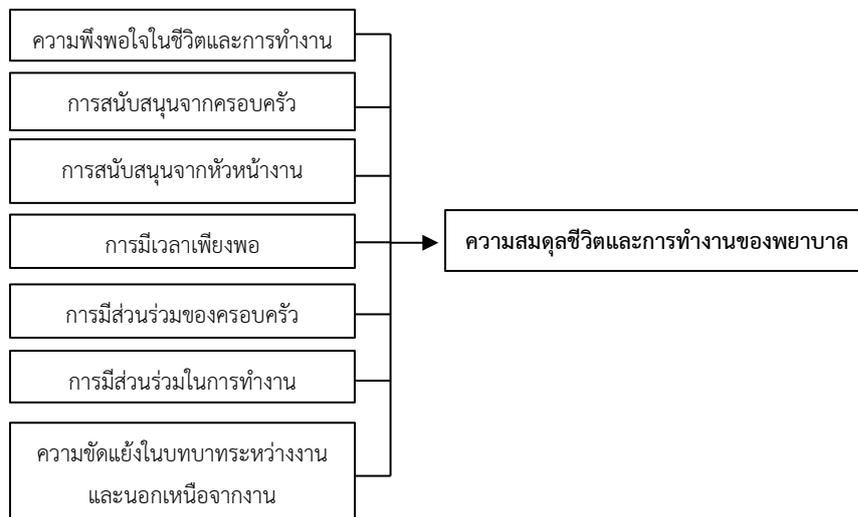
ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเป็นปัญหาที่วิกฤติและรุนแรงมากขึ้น ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในระบบทั้งสิ้น 220,000 คน และยังคงมีความต้องการพยาบาลอีกอย่างน้อย 30,000 คน³ จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาการขาดแคลนพยาบาล ได้แก่ ปัญหาความต้องการสมดุลระหว่างงานและครอบครัว⁴ จากการศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานมีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นตัวชี้วัดอัตราการลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพและความสมดุลชีวิตและการทำงานยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ⁵ ดังนั้น การที่จะธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้อยู่ในองค์กรและสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้บุคลากรมีสมดุลชีวิตและการทำงาน อันจะส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรต่อไป

แนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นแนวคิดในการจัดสรรบทบาทของงาน ครอบครัวและชีวิตส่วนตัวได้อย่างสมดุลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน ดำเนินชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความสมดุล และสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข มีเวลาให้ครอบครัวมีเวลาใช้ชีวิตส่วนตัว มีเวลาทุ่มเททำงานให้กับองค์กรอย่างเต็มกำลังความสามารถ ทำให้ประสบผลสำเร็จทั้งเรื่องของงาน และชีวิตครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีและมีความผูกพันต่อองค์กร จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาความสมดุลชีวิตและการทำงานมีหลายแนวคิด แนวคิดของ Greenhaus, Collins, and Shaw⁶ กล่าวว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงานประกอบด้วย 1) ความสมดุลด้านเวลา 2) ความสมดุลด้านความผูกพันจิตใจ และ 3) ความสมดุลด้านความพึงพอใจ และแนวคิดของความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นดุลยภาพระหว่างเวลาในการทำงานกับการใช้ชีวิตส่วนตัว⁷

โดยการใช้ชีวิตบนความพอดีและการบริหารจัดการตนเอง ใช้เวลาอย่างเหมาะสมไม่หนักไปทางใดทางหนึ่ง นอกจากนี้แนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นเรื่องการบริหารจัดการเรื่องชีวิตและการทำงานอย่างสมดุล มีการแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน เวลาส่วนตัว เวลาสำหรับครอบครัว เวลาพักผ่อน และเวลาที่ให้กับสังคม^๕ ความสมดุลชีวิตและการทำงานยังรวมถึงความสุขที่เกิดจากคุณภาพของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตการทำงานและครอบครัว คุณภาพในการทำหน้าที่และการมีส่วนร่วมของการทำงานและครอบครัว มีความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ทำงานและครอบครัวน้อยที่สุด และคุณภาพด้านเวลาของการทำงานและครอบครัว จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นเรื่องซับซ้อน และมีหลากหลายแนวคิดขึ้นอยู่กับมุมมองหรือทัศนคติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจที่ส่งผลต่อความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล เพื่อให้ทราบองค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานเพื่อนำมาปรับปรุง วางแผน และกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลได้อย่างแท้จริง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลของ Clark^๖ และแนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานของ Greenhaus, Collins, & Shaw^๗ และความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิเกี่ยวกับความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากหัวหน้างาน การมีเวลาเพียงพอ การมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมในการทำงาน และความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 35 แห่ง (จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ 2565)⁹ มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30,914 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกเกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 300 ราย ถือว่าดี (As a good)¹⁰ สอดคล้องกับ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 300 - 500 คน ในการวิเคราะห์ตัวประกอบ¹¹ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 360 คน เพื่อให้ผลการวิจัยสอดคล้องกับข้อมูลความเป็นจริง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เพื่อเลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำแนกตามเขตสุขภาพ จับฉลากได้ 3 เขต จาก 12 เขตสุขภาพ จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละเขตสุขภาพที่จับฉลากได้ จำนวน 3 โรงพยาบาล และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากเพื่อให้ได้พยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำแบบสอบถามไปจัดเก็บข้อมูลในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามคุณสมบัติในแต่ละโรงพยาบาลที่จับฉลากได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 114 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการทำงาน 18 ข้อ 2) ความพึงพอใจในชีวิต 12 ข้อ 3) การทำหน้าที่ของครอบครัว 21 ข้อ 4) การเป็นพนักงานที่ดี 9 ข้อ 5) ความขัดแย้งในบทบาทเกิดน้อยที่สุด 23 ข้อ 6) ความสมดุลด้านเวลา 15 ข้อ และ 7) การสนับสนุนจากองค์กร 16 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา พบว่า มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .94 และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาในโรงพยาบาลที่ไม่ได้ถูกสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประสานกับโรงพยาบาลที่สุ่มเป็นตัวอย่างได้ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยผู้ประสานงานวิจัยในพื้นที่จำนวน 8 ท่าน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อบรมวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยให้กับผู้ประสานงานวิจัยในพื้นที่เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันในการตอบแบบสอบถามวิจัย โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงผู้ประสานงานวิจัยในพื้นที่ จำนวน 360 ฉบับ พร้อมแนบซองเปล่าติดแสตมป์จำหน่ายซองถึงผู้วิจัย

และค่าใช้จ่ายในการส่งแบบสอบถามกลับ เมื่อแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาจะถูกตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม จำนวน 330 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.67

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เอกสารรับรองเลขที่ YM 035/2566 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งด้านการทำงานและด้านส่วนตัว เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการวิจัยทุกคน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้วแบบสอบถามจะถูกทำลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ EFA ด้วยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร และตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลนำมาจะมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบโดยใช้สถิติ Kaiser – Meyer - Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้¹²

ค่า KMO .80 ขึ้นไป	เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบมากที่สุด
ค่า KMO .70 - .79	เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบมาก
ค่า KMO .60 - .69	เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบปานกลาง
ค่า KMO .50 - .59	เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบน้อย
ค่า KMO น้อยกว่า .50	ไม่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบ

และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สถิติ Bartlett's test of Sphericity

2. การวิเคราะห์ Bartlett's test of Sphericity ถ้าพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติจะยอมรับสมมติฐาน H_1 ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่า KMO เท่ากับ .875 ซึ่งเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง และเหมาะสมต่อการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบ ส่วนผลการวิเคราะห์ Bartlett's test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 11327.865 ($p < .05$) แสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนั้น ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์นี้เหมาะสำหรับนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ในการวิจัยนี้ใช้เทคนิค Principal Component Analysis และการหมุนแกนองค์ประกอบแบบหมุนฉากด้วยวิธีแวนแมกซ์ (Varimax method) เพื่อหาองค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยพิจารณาองค์ประกอบโดยใช้เกณฑ์การกำหนดจำนวนองค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบและต้องมีตัวแปรสังเกตได้ตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป 2) Eigen Value ต้องมีค่ามากกว่า 1 3) ค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมมากกว่า 60% และ 4) ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ต้องมากกว่า 3¹³

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (N = 330)

องค์ประกอบ	1	2	3	4	5	6	7
ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน	1.00						
ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว	.565**	1.00					
ด้านความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน	.261**	.192**	1.00				
ด้านการมีส่วนร่วมในการทำงาน	.409**	.369**	.075	1.00			
ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว	.367**	.516**	.077	.418**	1.00		
ด้านการมีเวลาเพียงพอ	.439**	.332**	.647**	.215**	.336**	1.00	
ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน	.530**	.347**	.144**	.278**	.393**	.432**	1.00
รวม	.821**	.775**	.925**	.720**	.859**	.867**	.884**

Bartlett's test of Sphericity = 11327.865, $p < .05$

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) = .875

** $p < .01$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล จำนวน 330 คน พบว่า มีอายุในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 38.93 รองลงมาอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 21.47 ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 94.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.40 ซึ่งส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 90.61 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 87.60 เงินเดือนเฉลี่ย 25,000 - 35,000 บาท ร้อยละ 29.19 และใช้เวลาในการทำงานพยาบาลเฉลี่ย 51 - 60 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 25.50

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis: EFA) จากข้อคำถามทั้งหมด 114 ข้อ พบว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนระหว่าง 2.07 - 7.30 ทั้ง 7 องค์ประกอบ พบว่าสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด ร้อยละ 64.46 ดังตารางที่ 2

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน ประกอบด้วย 13 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .62 - .84 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ ท่านทำงานหนักเกินไปจนละเลยกิจกรรมในครอบครัวหรือชีวิตส่วนตัว หลังจากเลิกงาน ท่านรู้สึกว่าร่ากายอ่อนล้าไม่สามารถทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย และการเข้าสังคม และงานของท่านทำให้ท่านรู้สึกหดหู่เนื่องจากไม่มีเวลาให้กับตนเองและครอบครัว

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 5 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .71 - .81 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ สมาชิกในครอบครัวช่วยดูแลกิจวัตรประจำที่ท่านต้องรับผิดชอบและช่วยให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น เช่น จัดหาอาหาร ซักผ้า รีดผ้า เป็นต้น และสมาชิกในครอบครัวของท่านปรับวิถีชีวิตของตนเองเพื่อให้เหมาะกับตารางการทำงานของท่าน

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน ประกอบด้วย 5 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .74 - .84 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ หัวหน้างานจัด ตารางปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองท่านตามที่ท่านร้องขอเพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิตและครอบครัว หัวหน้างาน ของท่านให้ความช่วยเหลือทั้งเรื่องงานและเรื่องครอบครัวของท่านหัวหน้างานของท่าน มีความยืดหยุ่นเกี่ยวกับการลาฉุกเฉิน เมื่อท่านมีธุระจำเป็นหรือเร่งด่วนทางบ้าน

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการมีเวลาเพียงพอ ประกอบด้วย 5 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .64 - .79 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ ท่านมีเวลาเข้าร่วม กิจกรรมในชุมชนหรือกิจกรรมทางศาสนาอย่างเพียงพอ ท่านมีเวลาทำกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนอย่างเพียงพอ และท่านมีเวลาเพียงพอที่จะใช้ในการทำหน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .46 - .81 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ เวลาว่างส่วนใหญ่ ของท่านมักจะใช้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนมาร่วมทำกิจกรรมสำคัญ อย่างพร้อมเพรียง และท่านได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับครอบครัวของท่านเป็นส่วนใหญ่

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีส่วนร่วมในการทำงาน ประกอบด้วย 3 ข้อ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ อยู่ระหว่าง .71 - .81 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ ท่านช่วยเหลือ เพื่อนร่วมงานหรือหัวหน้างานที่มีภาระงานหนักด้วยความเต็มใจ แม้ว่าจะทำงานของท่านจะยุ่งมาก ท่านให้ข้อเสนอแนะ ที่สร้างสรรค์กับหน่วยงานเพื่อพัฒนาองค์กร และท่านเต็มใจรับ - ส่งเสริม แม้จะใช้เวลานานและเลยเวลาปฏิบัติงานไปแล้ว

องค์ประกอบที่ 7 ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน ประกอบด้วย 3 ข้อ มีค่าน้ำหนัก องค์ประกอบอยู่ระหว่าง .65 - .77 โดยข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) สูงสุด 3 ข้อแรก คือ ท่านพอใจที่ท่านสามารถทำงานเสร็จได้ในแต่ละวัน ทำให้สามารถทำกิจวัตรในครอบครัวหรือส่วนตัวได้ ท่านพอใจ กับงานบ้านที่ท่านรับผิดชอบ แม้ว่าท่านต้องรับผิดชอบภาระงานพยาบาลจำนวนมาก และแม้ว่าจะต้องรับผิดชอบ งานในครอบครัวมากแต่งานพยาบาลเป็นงานที่ท่านรักและต้องการรับผิดชอบเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ค่าไอเกน และค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนของ ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (N = 330)

Item	Factors loading						
	1	2	3	4	5	6	7
ด้านความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน							
RC42	.84*						
RC48	.79*						
RC50	.77*						
RC36	.77*						
RC41	.75*						
RC39	.73*						
RC47	.72*						
RC33	.71*						
RC34	.70*						

ตารางที่ 2 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ค่าไอเกน และค่าร้อยละของการอธิบายความแปรปรวนของ ความสมดุชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (N = 330) (ต่อ)

Item	Factors loading						
	1	2	3	4	5	6	7
RC32	.70*						
TB88	.68*						
TB85	.64*						
RC31	.62*						
ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว							
FS80		.81*					
FS77		.79*					
FS81		.79*					
FS79		.78*					
FS83		.71*					
ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน							
SS106			.84*				
SS107			.82*				
SS111			.79*				
SS109			.79*				
SS110			.74*				
ด้านการมีเวลาเพียงพอ							
TB94				.79*			
TB95				.79*			
TB97				.69*			
TB98				.66*			
TB90				.64*			
ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว							
FI66					.81*		
FI67					.79*		
FI65					.77*		
FI72					.46*		
ด้านการมีส่วนร่วมในการทำงาน							
WI59						.81*	
WI60						.72*	
WI61						.71*	
ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน							
JS9							.77*
LS19							.73*
JS8							.65*
Number of variables	13	5	5	5	4	3	3
Factor loading	.62 - .84	.71 - .81	.74 - .84	.64 - .79	.46 - .81	.71 - .81	.65 - .77
Eigen values	7.30	3.48	3.47	3.37	2.64	2.14	2.07
Percentage of variance	19.22	9.16	9.14	8.87	6.95	5.63	5.46
Cumulative percentage of variance = 64.46							

* p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

องค์ประกอบความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน 2) การสนับสนุนจากครอบครัว 3) การสนับสนุนจากหัวหน้างาน 4) การมีเวลาเพียงพอ 5) การมีส่วนร่วมของครอบครัว 6) การมีส่วนร่วมในการทำงาน และ 7) ความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน รวมถึงความสมดุลชีวิตและการทำงานย่อย จำนวน 38 ข้อ ซึ่งผู้วิจัย อภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับที่ค้นพบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความขัดแย้งในบทบาทระหว่างงานและนอกเหนือจากงาน (Work and non - work role conflicts) เป็นองค์ประกอบแรกที่สามารถอธิบายความแปรปรวนได้มากที่สุด ร้อยละ 19.22 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหมุนเวียนในเวรเช้า บ่าย และดึก ซึ่งมีผลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างพร้อมกับครอบครัว และการรับส่งบุตรไปโรงเรียน เป็นต้น การศึกษาชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานมีผลเสียต่อครอบครัว และมีผลต่อการสร้างความสมดุลระหว่างความต้องการของงานและบทบาทของครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวได้¹⁴ และการศึกษาความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัวเป็นความขัดแย้งกันระหว่างบทบาทหน้าที่ในที่ทำงานและที่บ้านที่มีสาเหตุมาจากเวลา เมื่อบุคคลทุ่มเทเวลาให้กับงานมากเกินไป จนไม่สามารถแบ่งเวลาให้กับครอบครัวได้อย่างเต็มที่ เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงาน¹⁵ สอดคล้องกับแนวคิดความสมดุลชีวิตและการทำงานของ Clark เป็นเรื่องการบริหารจัดการเรื่องชีวิตและการทำงานอย่างสมดุล โดยเกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทน้อยที่สุด ก็จะก่อให้เกิดความสมดุลของชีวิตและการทำงานได้¹³

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.16 เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัวและการสนับสนุนของครอบครัวในทุกด้านทำให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งในจิตใจ ส่งผลให้เกิดเป้าหมายและแรงผลักดันในการทำงานเพื่อให้ครอบครัวของตนเองเกิดความสุข และความมั่นคงมากขึ้น สอดคล้องกับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความสมดุลชีวิตในการทำงาน เนื่องจากกำลังใจ ความรัก ความใส่ใจ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของคนในครอบครัวจะช่วยผลักดันให้คนทำงานสามารถฝ่าฟันอุปสรรคของงานที่หนักได้ ระดับความสุขจากครอบครัวช่วยเพิ่มระดับความสมดุลชีวิตและการทำงาน¹⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความสมดุลชีวิตและการทำงานได้¹⁷

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการสนับสนุนจากหัวหน้างาน (Supervisor support) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 9.14 เนื่องจากการทำงานนั้นจำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันทั้งในส่วนหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน ในการร่วมมือร่วมใจกันทำงาน การแก้ปัญหาต่าง ๆ ร่วมกัน ซึ่งการที่ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้างานในเรื่องต่าง ๆ จะทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดี ลดความตึงเครียดในการทำงาน และทำให้ผลงานที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการสนับสนุนจากองค์กร และการสนับสนุนจากหัวหน้างาน มีอิทธิพลเชิงบวกต่อความสมดุลชีวิตและการทำงาน เนื่องจากการรับรู้การสนับสนุนจากที่ทำงานจะทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความขัดแย้งระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงานได้ และทำให้แนวโน้มของความสมดุลชีวิตและการทำงานระดับสูง¹⁹ และการศึกษาการรับรู้การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชามีอิทธิพลเชิงบวกกับความสมดุลชีวิตและการทำงาน²⁰

องค์ประกอบที่ 4 ด้านการมีเวลาเพียงพอ (Time adequacy) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.87 เนื่องจากการบริหารจัดการเรื่องชีวิต และการทำงานให้เกิดความสมดุล มีการแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต เวลาที่ใช้การปฏิบัติงาน เวลาส่วนตัว เวลาสำหรับครอบครัว เวลาพักผ่อน และเวลาที่ให้กับสังคม โดยมีความสอดคล้องกันระหว่างการกำหนดเวลาในบทบาทการทำงานและบทบาทการใช้ชีวิตด้านอื่น ๆ ทำให้พยาบาลเกิดความสมดุลชีวิตและการทำงาน²¹ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Hyman & Summers ความเหมาะสมในการจัดสรรเวลางานและชีวิตส่วนตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ตามความสามารถของแต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์ย่อมทำให้เกิดความสมดุลชีวิตและการทำงาน²²

องค์ประกอบที่ 5 ด้านการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 6.95 เนื่องจากการมีส่วนร่วมของครอบครัวทั้งในรูปธรรมและนามธรรม จากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการรับรู้ถึงการมีครอบครัวคอยช่วยเหลือสนับสนุนทำให้มีแนวโน้มของความสมดุลชีวิตและการทำงานระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดความสมดุลของ Greenhaus, Collins, & Shaw มองความสมดุลด้านความผูกพันจิตใจ เป็นความยินดี เต็มใจของบุคคลในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านหน้าที่การงานและหน้าที่ในครอบครัวเท่า ๆ กันอย่างเหมาะสม⁶ การศึกษาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการสนับสนุนจากครอบครัวต่องานนั้นให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ²³ รวมถึงการศึกษาความสมดุลชีวิตและการทำงานด้านความผูกพันทางจิตใจเป็นหนึ่งในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลจิตเวช²⁴

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการมีส่วนร่วมในการทำงาน (Workplace involvement) อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.63 เป็นเรื่องของการทำงานที่บุคคลมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลืองานของผู้อื่น ยินดีปฏิบัติงานแทนหากเพื่อนร่วมงานมีความจำเป็นต้องหยุดงาน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน ยังสอดคล้องการศึกษาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างงานและครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการสนับสนุนจากงานต่อครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวต่องานนั้นให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน และความพึงพอใจในครอบครัวของพยาบาลวิชาชีพ²³

องค์ประกอบที่ 7 ด้านความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน (Work - life satisfaction) อธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 5.46 เนื่องจากความพึงพอใจในชีวิต เป็นการที่บุคคลมีความสุขกับการดำรงชีวิตพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ สามารถปฏิบัติบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน และคิดว่าการทำงานในครอบครัวเป็นรางวัลหนึ่งของชีวิต ส่วนความพึงพอใจในงานเป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกดีต่องานที่รับผิดชอบ รู้สึกว่างานมีความหมายกับตนและมีความสุขกับการทำงาน รวมถึงระดับความพึงพอใจในการทำหน้าที่เกี่ยวกับงานและหน้าที่ในครอบครัวเท่า ๆ กันอย่างเหมาะสม จะถือว่าเกิดความสมดุลชีวิตและการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาความสมดุลชีวิตและการทำงานด้านความพึงพอใจเป็นหนึ่งในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลจิตเวช²⁴

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิสามารถนำองค์ประกอบที่ได้จากการสังเคราะห์ในครั้งนี้เป็นแบบประเมินเพื่อวัดระดับความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาและส่งเสริม

ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คุณภาพชีวิตของพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลมากขึ้น

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงานแก่พยาบาลในองค์กร เช่น เรื่องการปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงาน การจัดสวัสดิการ และการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อที่ส่งผลต่อความสมดุลชีวิตและการทำงาน ของพยาบาลวิชาชีพ

2. ควรมีการตรวจสอบองค์ประกอบเชิงโครงสร้างเพื่อยืนยัน ตรวจสอบองค์ประกอบและความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ

References

1. Poulouse S, Sudarsan N. Work life balance: A conceptual review. International journal of advances in management and economics 2014;3(2):1-17. Available from: <https://www.managementjournal.info/index.php/IJAME/article/view/324> (in Thai)
2. Clark SC. Work/family border theory: A new theory of work/family balance. Human Relations 2000;53(6):747-70. Available from: <https://doi.org/10.1177/0018726700536001>
3. Rattikarnsuka J, Oumtane A. Nursing management of head nurses receiving the outstanding award. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(2):179-86. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/25176/21436> (in Thai)
4. Pukuang T, Pensirinapa N, Geerapong P. Organizational climate, burnout and retention of professional nurses in a private hospital chain in Bangkok. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi 2022;5(2):79-91. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260539/177952> (in Thai)
5. Kaewtawee A, Oumtane A. Relationships between work-life balance, safety climate and organizational commitment of professional nurses, private hospitals, southern region. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):313-320. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30706/26522> (in Thai)
6. Greenhaus J H, Collins K M, Shaw J D. The relation between work-family balance and quality of life. Journal of Vocational Behaviour 2003;63(3):510-531. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(02\)00042-8](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00042-8)
7. Siratirakul L, Sanongyard J. Work-life balance experience of professional nurses at the tertiary care hospital. The Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi 2022;5(2):79-91. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/259075/176019> (in Thai)
8. Clark S C. Work cultures and work/family balance. Journal of Vocational Behaviour 2001;58(3):348-365. Available from: <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1759>

9. Strategy and Planning Division, Permanent Secretary Offices, Ministry of Public Health. Public health resource concerning the public health in the year 2023. Available from: <http://spd.moph.go.th>. (2023, April. 10).
10. Comrey A L, Lee H B. A first course in factor analysis. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated; 1992.
11. Comrey A L. First course in factor analysis. New York: Academic Press; 1973.
12. Angsuchoti S, Wijitwanna S, Pinyopanuwat R. Statistical analysis for social and behavioral science research: Techniques for using LISREL software. Bangkok: Charoen Dee Mungkong Printing; 2009. (in Thai)
13. Kaiyawan Y. Multivariate statistical analysis for research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2013. (in Thai)
14. Ahmad A. Job, family and individual factors as predictors of work-family conflict. The Journal of Human Resource and Adult Learning 2008;4(1):57-65. Available from: <https://url.in.th/mmUzk>
15. Ketpratun P, Abhicharttiburtra K, Chitpakdee B. Work-family conflict of nurses in thoen hospital, Lampang province. Nursing Journal 2020;47(4):408-18. Available from: <https://url.in.th/Nihom> (in Thai)
16. Holumyong C, Kittisuksatit S, Kanlek M. Work, family, and society: A work-life balance that involves more than just time management of workers in the Industrial production sector. Kasetsart Engineering Journal 2017;19(2): 87-102. Available from: <https://url.in.th/NUGLG> (in Thai)
17. Saengrotkittikhun W, Choochom O. Personal and social environmental factors related to school work-life balance of graduate students in bangkok. Warasan Phuettikammasat 2021;27(2):63-77. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/BSRI/article/view/249132/169411> (in Thai)
18. Pitaksa P, Sirichotiratana N, Kittipichai W, Duangbubpha S. Nursing professional's work-life balance in an Autonomous University Hospital. Public Health Policy & Laws Journal 2020;6(Supplement) :83-94. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/243237 (in Thai)
19. Singlaw T. Work life balance of provincial waterworks authority region 3's employee. [master's thesis]. Silpakorn University; 2020. (in Thai)
20. Khunkamut J. The antecedents and consequences of work life balance of information technology generation Y employees in private company in Bangkok. [master's thesis]. Bangkok: Silpakorn University; 2022. (in Thai)
21. Dex S, Bond S. Measuring work-life balance and its covariates. Work, Employment and Society 2005;19(3):627-637. doi: 10.1177/0950017005055676
22. Hyman J, Summers J. Lacking balance? Work-life employment practices in the modern economy. Personnel Review 2004;33(4):418-429. Available from: <https://doi.org/10.1108/00483480410539498>
23. Kaewkiattikun K. Work-family interaction of registered nurses. Thai Human Resource Research Journal 2009;4(1):13-31. Available from: http://www.journalhri.com/pdf/0401_02.PDF (in Thai)

24. Pianthong K, Sarakan K, Aksornwong R. A factor analysis of work life balance of psychiatric nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2017;31(2):109-119. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/105157/83596> (in Thai)

Effects of Simulation - Based Learning for Preparation on Knowledge and Confidence in Providing Nursing Care during the First Stage of Labor among Nursing Students

Received: Apr 25, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Nunthida Wadyim, M.N.S.¹

Chayaporn Ekthamasuth, Ph.D.^{2*}

Pattra Suwannato, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Before midwifery practice training, nursing students often feel fearful and anxious. Preparation before the actual training session helps alleviate these feelings and enhance students' confidence.

Research objective: To examine the effect of Simulation - based learning for preparation on knowledge and enhancement of confidence in nursing care during the first stage of labor among the nursing students.

Research methodology: This quasi - experimental study was conducted with a group of 58 nursing students in the 3rd year of the Bachelor of Nursing Program at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. The control group, consisting of 29 nursing students, used the traditional method, while the experimental group of 29 nursing students used Simulation - based learning. The research instrument utilized a learning model employing Simulation-based learning to prepare for nursing care in the first stage of labor. Data were collected on students' knowledge and confidence in nursing care during the first stage of labor and analyzed using descriptive statistics. The comparison was conducted using the Chi -Square Test, Fisher exact probability test, and t - test.

Results: The result showed that after using Simulation-based learning, the experimental group had significantly higher mean score of knowledge and confidence in nursing care than those in the control group at a level of $p < .001$ ($t = 3.62$, $t = 3.77$, respectively).

Conclusions: Preparation of students before nursing practice with Simulation-based learning will help them gain more knowledge and confidence in nursing students while caring for mothers in their first stage of labor.

Implications: The research findings can be used as baseline information to create a instructional learning model that could enhance students' nursing skills in providing efficient care to clients.

Keywords: preparation, Simulation - based learning, the first stage of labor

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

^{1,3}Lecturer, ¹Email: nunthida.w@bcn.ac.th ³Email: Pattra.s@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author: Assistant Professor, Email: Chayaporn.e@bcn.ac.th

¹⁻³Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of nursing, Praboromarajchanok institute, Bangkok, Thailand.

ผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ต่อความรู้และความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดของนักศึกษาพยาบาล

Received: Apr 25, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

นันธิดา วัตย์ม พย.ม.¹

ชญานรณ์ เอกธรรมสุทธิ ค.ด.^{2*}

ภัทรา สุวรรณโท พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: นักศึกษาพยาบาลจะมีความรู้สึกลัวและวิตกกังวลก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงจะช่วยลดความรู้สึกลัวและสร้างความรู้และมั่นใจให้แก่นักศึกษาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด ของนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร จำนวน 58 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม การให้การพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้หลังเรียน และแบบสอบถามความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย: กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ด้านการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.62, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจต่อการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 3.77, p < .001$)

สรุปผล: การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้นักศึกษามีความรู้และมั่นใจในการพยาบาลผู้คลอดเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการเรียนรู้ที่ส่งเสริมทักษะการพยาบาลของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระยะที่ 1 ของการคลอด

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

^{1,3}อาจารย์ ¹Email: nunthida.w@bcn.ac.th ³Email: Pattra.s@bcn.ac.th

^{2*}Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Chayaporn.e@bcn.ac.th

¹⁻³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการดูแลมนุษย์ โดยให้การดูแล รักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพผู้รับบริการที่มีความผิดปกติ หรือมีภาวะเจ็บป่วย ให้หายหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ พยาบาลยังเป็นด่านหน้าในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ต้องมีการตัดสินใจแก้ปัญหาหรือการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการจัดการปัญหาหรือการช่วยเหลือผู้รับบริการนั้น พยาบาลต้องอาศัยความรู้ การคิดวิเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ เพื่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมกับผู้รับบริการ¹ การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงมีทั้งรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งศาสตร์ทางการพยาบาล มีการเชื่อมโยงความรู้ สาระสำคัญทางการพยาบาลจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาล มีการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการประเมินผลตามสภาพจริง

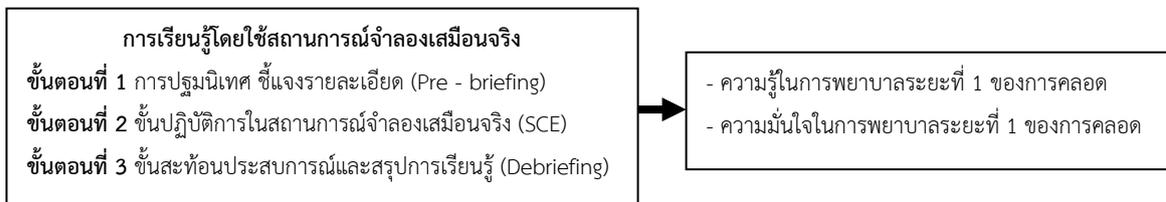
การเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 เป็นรายวิชาที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องฝึกประสบการณ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จากผลประเมินการจัดการเรียนการสอนและการประชุมกลุ่มย่อย พบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่ขาดความรู้ วิตกกังวล เครียด กลัว และรู้สึกขาดความมั่นใจในขณะที่ให้การพยาบาล²⁻³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเก็บประสบการณ์ในระยะคลอด ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวลและเกิดความมั่นใจในขณะที่ให้การพยาบาล

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation - based learning: SBL) เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อเพิ่มประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์ที่ได้รับการออกแบบให้เสมือนจริง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนตามแนวคิดการจัดการเรียนการสอนของ Jeffries⁴ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (Pre - briefing) ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulated clinical experience phase: SCE) และขั้นตอนที่ 3 ขึ้นสะท้อนประสบการณ์ และสรุปการเรียนรู้ (Debriefing) จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะทางการพยาบาล ความพึงพอใจ และความมั่นใจในการให้การพยาบาล^{2-3,5-7} รับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น⁸

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาและทารกโดยผู้วิจัยที่ผ่านมา มีการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานหน่วยห้องคลอด เน้นเตรียมความพร้อมการพยาบาลในระยะที่ 2 - 4 ของการคลอด โดยการสาธิตย้อนกลับ สื่อวิดีโอ และการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจบริบทภายในห้องคลอด ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานที่สุดของการคลอด มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ และเป็นช่วงระยะเวลาที่นานที่สุดที่นักศึกษาพยาบาลจะอยู่ดูแลผู้คลอด ทำให้นักศึกษาที่ขึ้นฝึกประสบการณ์ครั้งแรก เกิดความกลัว วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการดูแล และไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้ อาจส่งผลทำให้ผู้คลอดขาดความเชื่อถือ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความมั่นใจในการให้การพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอดของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้คลอด และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะคลอดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรประสบการณ์ของ Kolb ที่ดัดแปลงโดย Hall⁹ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 Concrete experience ผู้เรียนมีส่วนร่วมและรับรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 2 Reflection observation ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 3 Abstract conceptualization ผู้เรียนใช้เหตุผลและความคิดในการสรุปขยายและขั้นตอนที่ 4 Active experimentation ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุป ไปปฏิบัติจริง เมื่อพิจารณาความสอดคล้องกับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จะเห็นว่าขั้นตอนที่ 1 ผู้เรียนจะเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริงผ่านการปฐมนิเทศ ขั้นปฏิบัติการ และขั้นสะท้อนประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 2 ผู้เรียนจะไตร่ตรองสะท้อนคิดจากการที่ได้เข้าร่วมปฏิบัติการ ขั้นตอนที่ 3 ผู้เรียนได้สรุปความรู้ขยายจากการที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และขั้นตอนที่ 4 ผู้เรียนนำความรู้ขยายไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ การเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง อาจช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้และมีความมั่นใจในการให้การพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ
2. นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมความพร้อมตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research design) เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 142 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ คือ เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ 1 และเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 29 คน และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2563 - 15 มีนาคม 2564

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.9.4 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และค่าอิทธิพลของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน โดยทำการศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล¹⁰ เมื่อนำมาคำนวณ Effect size ได้เท่ากับ .97 ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 24 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เกินค่าที่คำนวณได้ ร้อยละ 20 ซึ่งเท่ากับ 5 คน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน โดยดำเนินการเก็บกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง คณะผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (Pre - briefing) ขั้นปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Scenario) และขั้นสะท้อนประสบการณ์และสรุปการเรียนรู้ (Debriefing)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบทดสอบความรู้หลังเรียน คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา และเอกสารเกี่ยวกับการพยาบาลในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยเลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน คือ เลือกคำตอบถูก ได้ 1 คะแนน เลือกคำตอบผิด จะติดลบข้อละ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์ผ่านตามระบบการวัดและประมวลผลของวิทยาลัยฯ เท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 60)

2. แบบสอบถามความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของมณูษ์พาณิชย์ ขำวงษ์ และคณะ³ มาดัดแปลงให้สอดคล้องกับการวิจัย เป็นข้อความที่แสดงถึงความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จากระดับคะแนน 1 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจ ในระดับน้อยที่สุด ถึง 5 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจในระดับมากที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการให้การพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความมั่นใจ ในระดับมากที่สุด 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความมั่นใจ ในระดับมาก 2.61 - 3.40 หมายถึงมีความมั่นใจ ในระดับปานกลาง และ 1.81 - 2.60 หมายถึงมีความมั่นใจ ในระดับน้อย 1.00 - 1.80 หมายถึงมีความมั่นใจ ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้รับตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ข้อความ ภาษา ระยะเวลา และรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ดังนี้ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ .70 แบบทดสอบความรู้หลังเรียน ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ .88 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 แบบสอบถามความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ .78 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้สอน การวิจัยนี้มีอาจารย์ผู้สอนจำนวน 3 คน ซึ่งทุกคนผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง

1.2 การจัดเตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการเพื่อเตรียมพร้อมวัสดุอุปกรณ์ทางการพยาบาล หุ่นจำลอง และห้องสังเกตการณ์

1.3 การเตรียมผู้เรียน ผู้วิจัยปฐมนิเทศรายวิชา ชี้แจงข้อตกลงในการขึ้นฝึกปฏิบัติ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและแจกเอกสารประกอบการสอน หัวข้อการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนเรียนทั้ง 2 กลุ่ม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ทบทวนความรู้การพยาบาลในระยะที่ 1 - 4 ของการคลอด โดยการบรรยาย สาทิต สรุปลสาระสำคัญของให้การพยาบาล ยกตัวอย่างกรณีศึกษา โดยใช้สื่ออุปกรณ์จริง พาวเวอร์พอยท์ และเอกสารประกอบการสอน

กลุ่มทดลอง

ใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจำนวน 3 สถานการณ์ ได้แก่ การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด และการเฝ้าระวังภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ แบ่งผู้เรียนเข้าปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็น 2 กลุ่ม/โจทย์สถานการณ์ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 4 คน เพื่อปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร หัวหน้าทีม สมาชิกทีม และผู้จัดบันทึกบทบาทละ 1 คน และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มสังเกตการณ์ ประกอบด้วยจำนวนผู้เรียนทั้งหมดที่ไม่ได้เข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระยะเวลาในการเข้าสถานการณ์ จำนวน 3 ชั่วโมง สถานการณ์ละ 1 ชั่วโมง รายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การปฐมนิเทศ ชี้แจงรายละเอียด (Pre - briefing) ใช้ระยะเวลา 10 นาที โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระบุบทบาทของผู้สอนและผู้เรียนแต่ละคน อธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แนะนำอุปกรณ์ทางการแพทย์ กติกาการเข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SCE) ใช้ระยะเวลา 15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลและสรุปการเรียนรู้ (Debriefing) ใช้ระยะเวลา 35 นาที คณะผู้วิจัยสรุปและสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนทุกคนได้สะท้อนสิ่งที่เห็นจากการปฏิบัติของผู้เข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลการเรียนรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยแบบทดสอบความรู้หลังเรียนหัวข้อการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด และแบบสอบถามความมั่นใจในการพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รหัสโครงการวิจัย T-EC-Exp-05-64 รหัสการรับรองจริยธรรม (COA) BCNB-2564-03 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2564 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ถือเป็นความลับ การเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และถูกทำลายภายใน 1 ปี และให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent t - test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม เพศหญิง ร้อยละ 96.90 อายุระหว่าง 20 - 22 ปี ร้อยละ 93.10 อายุเฉลี่ย 21.00 ปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ระหว่าง 3.00 - 3.49 กลุ่มทดลอง เพศหญิง ร้อยละ 93.10 อายุระหว่าง 20 - 22 ปี ร้อยละ 86.21 อายุเฉลี่ย 21.41 ปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ระหว่าง 2.50 - 2.99 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์ พบว่า อายุ เพศ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. ทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ก่อนเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการให้ การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้ทดสอบข้อตั้งเบื้องต้นของสถิติทดสอบค่าที (Independent t - test) ด้วยสถิติโคโมโกรอฟสมอร์นอฟ (Kolmogorov - Smirnov) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบเป็นโค้งปกติ ($p > .05$) ซึ่งผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด เท่ากับ 14.57 คะแนน และ 12.17 คะแนน (SD = 2.51, SD = 2.26 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.62, p < .001$)

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอดเท่ากับ 3.81 และ 3.35 คะแนน (SD = .92 และ SD = .77 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent t - test) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการพยาบาลผู้คลอดระยะที่ 1 ของการคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.77, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติการทดสอบค่าที (Independent t - test) (N = 58)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 29)			กลุ่มทดลอง (n = 29)			t	p-value
	Range	M	SD	Range	M	SD		
คะแนนความรู้ในการให้การพยาบาล ในระยะที่ 1 ของการคลอด	7-18	12.17	2.56	10-19	14.57	2.51	3.62	.001
คะแนนความมั่นใจในการให้การพยาบาล ในระยะที่ 1 ของการคลอด	2.7-4.8	3.35	.77	3-4.8	3.81	.92	3.77	.001

$p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐาน ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 จากผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน กลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.62, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ในการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด การเกิดความรู้ตามทฤษฎีของโคล์ป⁹ ได้กล่าวว่า การให้โอกาสผู้เรียนได้รับประสบการณ์ จะทำให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ ลองผิดลองถูก และการให้ข้อมูลย้อนหลังทำให้เกิดความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมนักศึกษาผ่านโจทย์สถานการณ์จำลองห้องคลอดเสมือนจริง โดยเลือกสถานการณ์ของผู้คลอดที่พบบ่อยและมีความซับซ้อน ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้คิดวิเคราะห์และให้การพยาบาลที่สำคัญได้ ภายหลังจากเล่นในสถานการณ์ ผู้วิจัยสะท้อนคิดตามแนวคิดของกิบส์ (Gibbs's reflective cycle)¹¹ ผู้เรียนทุกคนจะได้สะท้อนคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นในสถานการณ์รู้สึกอย่างไร มีประสบการณ์อะไรที่ทำได้ดีและประสบการณ์อะไรที่ต้องการพัฒนา หลังจากนั้นผู้สอนให้ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยกัน ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สรุปความรู้และวางแผนการนำไปใช้เมื่อพบเหตุการณ์เช่นนี้อีก การได้เห็นภาพจำลองเสมือนจริง เช่น พฤติกรรมของผู้คลอด วิธีการบรรเทาความเจ็บปวด และกิจกรรมการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้องและไม่ถูกต้อง เกิดการคิดไตร่ตรอง ฝึกการคิดวิเคราะห์ เกิดภาพจำในสมองและเกิดความรู้ใหม่^{2-3,7,11} เมื่อพบสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันผู้เรียนจะสามารถนึกและจดจำได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยทำให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน จดจำเนื้อหาที่เรียนได้ง่ายขึ้น

สนุก ตื่นเต้น และไม่รู้สีกดดัน¹² และการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมจะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น และจดจำความรู้ได้นาน^{7,13-15}

สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 จากการเปรียบเทียบคะแนนความมั่นใจในการพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความมั่นใจในการพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.77, p < .001$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อม ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด สามารถอธิบายได้ ดังนี้ ความมั่นใจในตนเอง เป็นบุคลิกภาพของบุคคลที่สะท้อนความคิดหรือความรู้สึกที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มั่นใจจะทำในสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง กล้าเสี่ยง และกล้าที่จะทำ ความมั่นใจในตนเองจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น¹⁶ การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้จากการมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น¹⁷ การเตรียมความพร้อมโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนได้รู้ความสามารถของตนเองหรือประสบการณ์ของผู้อื่นที่ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้เรียนเกิดความภาคภูมิใจมั่นใจ และนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง เช่น การสังเกตพฤติกรรมของเพื่อนที่ลงเล่นในสถานการณ์จำลอง กลุ่มสังเกตการณ์จะเห็นทักษะการพยาบาล คำแนะนำ การตัดสินใจ การคิด และแก้ปัญหา ทำให้เกิดทักษะในการดูแลผู้คลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มสังเกตการณ์และกลุ่มปฏิบัติการพยาบาลจะมีผลการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน² การสะท้อนคิด ถือเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้¹¹ ผู้เรียนทุกคนจะได้สะท้อนคิดในกิจกรรมต่าง ๆ เชื่อมโยงสถานการณ์กับทฤษฎี ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาล นอกจากนี้การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) ในทางที่ดี และสร้างสรรค์ จะเกิดความคาดหวังต่อความสำเร็จในทางที่ดีเพิ่มขึ้นและทำให้เกิดความมั่นใจ ในการศึกษาครั้งนี้เจตย์สถานการณ์ได้สอดแทรกอารมณ์และความรู้สึกของผู้คลอด เพื่อให้ผู้เรียนได้รู้ความรู้สึกของผู้คลอด เช่น ผู้คลอดครั้งแรกขณะนอนรอคลอด มีสีหน้าวิตกกังวล บอกพยาบาลว่าอยากได้ยาแก้ปวด และแสดงออกถึงการเจ็บครรภ์คลอด เป็นต้น การกระตุ้นอารมณ์จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการเห็นกระบวนการพยาบาลในสภาวะอารมณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการให้การพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.77, p < .001$) มีศักยภาพในการให้การพยาบาลระยะที่ 1 ของการคลอด อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.76 คะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .74 และมีความมั่นใจในการให้การพยาบาลอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจเท่ากับ 3.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .69 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแล และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ - ฉุกฉิน ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ ซึ่งความมั่นใจในตนเองสามารถเกิดได้จากการรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้ หากผู้เรียนรับรู้ความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระดับสูง จะส่งผลทำให้มีความมั่นใจในระดับมาก การเตรียมความพร้อมผู้เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยให้ผู้เรียนรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูง จากการที่ได้ปฏิบัติการพยาบาลหรือสังเกตการณ์ และจากการสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียนมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในระดับสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สอนควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล
2. ความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มีความเป็นปัจเจกบุคคล อาจส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม ดังนั้น อาจต้องศึกษาหรือใช้วิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ เพื่อพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาและพัฒนาศักยภาพการสอนในอาจารย์
2. การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนรวมกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อส่งเสริมทักษะการปฏิบัติและการตัดสินใจของนักศึกษา
3. การศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในผลลัพธ์อื่น ๆ เช่น ความรู้ที่คงอยู่ในระยะยาว ทักษะการแก้ปัญหาและการปฏิบัติการ ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก หรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เป็นต้น

References

1. Chan ZCY. A systematic review of creative thinking/creativity in nursing education. Nurse Education Today 2013;33(11):1382-87. doi: 10.1016/j.nedt.2012.09.005
2. Wisawatapnimit P, Suttineam U, Teerawatskul S. Effects of simulation-based learning for nursing practicum preparedness for patients with shock on students' satisfaction, self-confidence in learning, and clinical judgment of nursing students. Journal of Health Science Research 2020;14(3):59-70. Available from: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/JHR/article/view/245214/167272> (in Thai)
3. Khamwong M, Kalka S, Sirimai W, & Nuchusuk C. Effects of learning using virtual simulation situations on confidence in practice. Therapeutic conversation skills of nursing students (Research report): Boromarajonani College of Nursing, Bangkok; 2020. (in Thai)
4. Jeffries PR, Roger KJ. Theoretical for simulation design. In: Jeffries PR, editors. Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2007.
5. Suwannakeeree W, Jullmusi O, Tangkawanich T. Simulation-based Learning management for nursing students. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016;28(2):1-14. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/80195/63908> (in Thai)
6. Kaewsang-on W, Saeloo J. The development of online fidelity simulation -based program (OFSP) encouraging the knowledge of nursing care for COPD with acute exacerbation patient. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2022;11(2):213-28. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/197996/157323> (in Thai)

7. Sinthucha S, Ubolwan K, Boonsin S. Effects of high-Fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Ramathibodi Nursing Journal* 2017;23(1):113-27. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/62667/73388> (in Thai)
8. Jamjang S, Yomdit V, Pongphetdit B, Pitaksin D, Changsieng P, Montong A. Effect of using simulation-based learning for preparation of nursing practicum on perceptions of self efficacy in performing nursing care in a hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2017; 27(1):46-58. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/112221/87462> (in Thai)
9. Hall RM. Effects of high-fidelity simulation on knowledge acquisition, self-confidence, and satisfaction with baccalaureate nursing students using the Solomon-four research design [Electronic Doctoral dissertation]. Johnson City: East Tennessee State University; 2013. [cited 2016 Oct 20]. Available from: <http://dc.etu.edu/etd>.
10. Yipaloh M, Rueangrengkulrit P, Thongchan J, Suwan K. Effects of simulation based learning to enhance critical thinking of nursing students, Boromarajonani college of nursing Yala. *Nursing Public Health and Education Journal* 2017;18(3):128-134. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/106868/84569> (in Thai)
11. Sinthuchai S, Boonsin S, Arayathanitkul B. Debriefing: a crucial component in simulation based learning. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2023;33(1):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/262712/179215> (in Thai)
12. Pengrachong J, Tulapan P, Imnam P. Lesson learned: The process of teaching and learning by using scenarios with high-fidelity human simulation in teaching maternal and newborn nursing and midwifery II. *Journal of Health Sciences Scholarship* 2022;9(1),270-87. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/254851/173298> (in Thai)
13. Wutthisakpaisan S, Chuetchuajeen S, Thaonoi K. Effects of high-fidelity simulation based learning for preparation of practice on knowledge, satisfaction, and self-confidence of nursing students. *Journal of Research in Health Sciences* 2020;14(2):70-81. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/241312/166210> (in Thai)
14. Thamnamsin K, Punyapet K, Noitung S, Artsanthia J. The effect of teaching simulation-based learning program to the knowledge in basic medical care of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19 (Special), 80-88. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/156022/113267> (in Thai)
15. Maraphen R, Boonkoom W, Kheovichai K. Effect of a learning instructional by using standardized patients as simulation in home visits. *Thai Red Cross Nursing Journal* 2022;14(1):125-139. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/253334/172241> (in Thai)
16. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs; 1997.
17. Norkaeo D. Simulation based learning for nursing education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015;31(3):112-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56415/46992> (in Thai)

18. Kumkong M, Leejareon P, Aramrom Y, Jitviboon A. Effects of simulation-based learning on perceived self-Efficacy in providing nursing care for advanced life support to patients with critical illness or emergency condition among nursing students. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2016;3(3):52-64. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/68723> (in Thai)

The Effects of Physical Activity Program on Physical Fitness in Older Adults

Received: Mar 21, 2024

Revised: Aug 10, 2024

Accepted: Aug 14, 2024

Duangthip Anansupamongkol, M.N.S.^{1*}

Chitralada Somprasert, M.N.S.²

Abstract

Introduction: The health problems of older adults are mainly caused by inappropriate health behaviors, less activity, or long sedentary behaviors. These make their body functions experience less potential.

Research objectives: To study the physical fitness level of older adults and the result of their physical activity program on the physical fitness of older adults before and after participating in the program.

Research methodology: This quasi - experimental study was a one - group pretest - posttest design. There were 32 participants in the study. The program consisted of 1) lectures regarding physical activity, 2) assigned the older adults to perform their physical activities by choosing 13 specifics from designated handouts and following 1 type of exercise every day for eight weeks, then recording the time they used in the table, and 3) the participants received medical checkup and physical fitness test on week 1, 3, 5 and 8. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired sample t - tests.

Results: After the experiment, the average score for physical fitness in the aspect of aerobic endurance was 2.88, at a high level. In the aspect of agility and balance during movement, the average score was 1.50, at a low level. When comparing the scores before and after the experiment, it was found that the overall physical fitness score was significantly higher after the experiment ($p < .01$). Specifically, there was a significant difference in both aerobic endurance and agility and balance during movement before and after the experiment ($p < .01$).

Conclusion: Adequate and appropriate physical activity can promote physical fitness in older adults.

Implications: Older adults should be encouraged to engage in physical activities that involve using their leg muscles to improve balance and mobility, which are essential in preventing falls.

Keywords: physical activity program, physical activity, physical fitness, older adult

ผลของการใช้โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุต่อสมรรถภาพทางกาย

Received: Mar 21, 2024

Revised: Aug 10, 2024

Accepted: Aug 14, 2024

ดวงทิพย์ อนันต์ศุภมงคล พย.ม.^{1*}

จิตรลดา สมประเสริฐ พย.ม.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทำกิจกรรมทางกายน้อย ร่างกายอยู่ในพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นเวลานาน ทำให้สมรรถภาพทางกายไม่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาระดับสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ และผลของโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 32 คน เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 1) ให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย 2) ให้ไปทำกิจกรรมทางกาย 13 ชนิดตามคู่มือ และออกกำลังกาย 1 ชนิดทุกวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ แล้วบันทึกเวลาในตารางบันทึกเวลาการทำกิจกรรมทางกาย และ 3) ตรวจสอบสุขภาพและสมรรถภาพทางกาย สัปดาห์ที่ 1, 3, 5 และ 8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และ Paired Sample t - test

ผลการวิจัย: หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ด้านความทนทานแบบแอโรบิก คะแนนเฉลี่ย 2.88 อยู่ในระดับสูง และด้านความคล่องแคล่วและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหว มีคะแนนเฉลี่ย 1.50 อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนสมรรถภาพทางกายภาพรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบว่า ด้านความทนทานแบบแอโรบิก ด้านความคล่องแคล่วและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหวมีความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ ($p < .01$)

สรุปผล: กิจกรรมทางกายที่เพียงพอและเหมาะสม สามารถส่งเสริมสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: ผู้สูงอายุควรได้รับโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายด้านการใช้กล้ามเนื้อขาให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มความคล่องแคล่วและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นสมรรถนะสำคัญในการป้องกันการหกล้ม

คำสำคัญ: โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกาย สมรรถภาพทางกาย ผู้สูงอายุ

ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

^{1*}Corresponding author อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: duangthip.ana@kbu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนวมินทร์ 9 กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: Chittralada@gmail.com

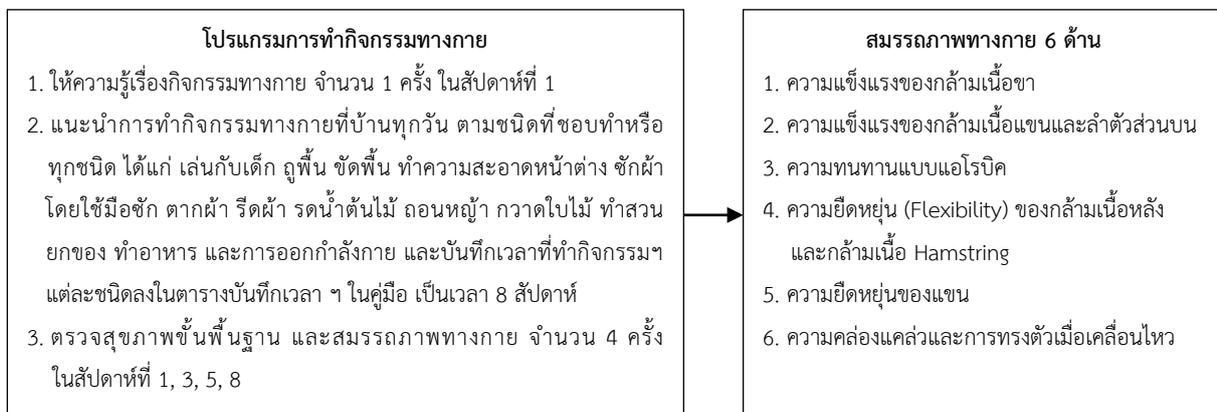
บทนำ

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 มีประชากร 66.56 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11.14 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งหมด¹ ผู้สูงอายุมียุ้ยยืนยาวมากขึ้นในหลายประเทศ ประชากรวัยเด็ก และเยาวชนมีจำนวนลดน้อยลง เป็นการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทุกภาคส่วนจึงต้องเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ จุดมุ่งหมายในการส่งเสริมผู้สูงอายุสุขภาพดี (Active aging approach) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำกิจกรรมประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งขึ้นอยู่กับสมรรถภาพทางกายด้วย หมายถึง ความสมบูรณ์ของบุคคลในการควบคุมสิ่งการให้ร่างกายสามารถทำภารกิจด้วยความกระฉับกระเฉง ไม่รู้สึกถึงความเหนื่อยล้า จึงเชื่อมโยงกับกิจกรรมทางกาย เนื่องจากการสูงอายุทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือด และกำลังกล้ามเนื้อลดลง มีโอกาสเกิดโรค และภาวะทุพพลภาพสูง แต่องค์ความรู้เรื่อง การทำกิจกรรมทางกายยืนยันว่าการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอจะส่งผลให้ชะลอการเสื่อมถอยของอวัยวะ และระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสำเร็จของชีวิตในช่วงวัยสุดท้าย² บริบทสังคมไทยจากอดีตถึงปัจจุบันเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่ควรเคลื่อนไหวร่างกายมาก ควรอยู่นิ่ง ๆ ไม่ควรประกอบกิจกรรมใด ๆ เพราะกลัวเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจนถึงแก่ชีวิตหรือทุพพลภาพได้ ความเชื่อนี้เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมทางกาย เพราะการอยู่นิ่งๆ ทำให้ขาดโอกาสการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และเป็นการลดทอนการทำหน้าที่โดยเฉพาะสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ที่ทำหน้าที่ในการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงความยืดหยุ่นของเอ็นและข้อต่อ ที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวไม่ติดขัด สมรรถภาพทางกายเหล่านี้ถูกจำกัดอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นเวลานาน และมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้จนในที่สุดก็กลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คู่มือส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายที่บ้าน มีความเหมาะสมในการนำไปเป็นแนวทางเพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องได้ โดยมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาเป็นโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดแตกต่างกัน เป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัวนำไปดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดแตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้ดังกล่าวมาดำเนินการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุเขตเมือง จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวประชาชนมีความสะดวกด้านการคมนาคมและอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ทำกิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยในอดีตก็มีบริบทคล้ายคลึงเป็นชุมชนเมือง³ ผู้วิจัยจึงศึกษาประชากรในเขตพื้นที่ ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นชุมชนชานเมือง ประชากรมีอาชีพหลักรับราชการ และรับจ้าง อาชีพรอง ทำสวนผลไม้ และการเกษตรมีประชากรทั้งหมด 21,136 คน⁴ เป็นผู้สูงอายุ 1,855 คน แยกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 1,814 คน กลุ่มติดบ้าน 32 คน และกลุ่มติดเตียง 9 คน⁵ ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการวางเงื่อนไขของสกินเนอร์⁶ ที่มีการประเมินผลเป็นระยะ ใช้หลักการเสริมแรงทางบวกและทางลบ โดยผู้สูงอายุสามารถประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์คงอยู่ตลอดไป ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของทฤษฎีมาออกแบบโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายเพื่อสนับสนุน และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น และทำให้ร่างกายแข็งแรงมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางเงื่อนไขการกระทำของสกินเนอร์⁶ โดยอธิบายว่าถ้าต้องการให้พฤติกรรมแบบการกระทำคงอยู่จะต้องให้การเสริมแรง (Reinforcement) ซึ่งมี 2 ประเภท คือ เสริมแรงทางบวก และเสริมแรงทางลบ ผู้วิจัยออกแบบให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายแล้วให้มีการประเมินผลด้วยตนเองเป็นระยะ เป็นการประเมินความเพียงพอของกิจกรรมทางกายต่อสมรรถภาพทางกายว่าดีขึ้นหรือไม่ ใช้หลักของการเสริมแรงทางบวกและทางลบ ดังนี้ เมื่อผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายได้ตามเกณฑ์หรือมากกว่าเกณฑ์ แสดงว่าทำกิจกรรมทางกายเพียงพอ เสริมแรงทางบวกโดยการชื่นชม ให้รางวัล ผลลัพธ์ที่ได้ คือ สมรรถภาพทางกายดีขึ้นกว่าเดิม แล้วกระตุ้นให้ทำต่อไป แต่ถ้าทำกิจกรรมทางกายต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงว่าไม่เพียงพอ ต้องให้การเสริมแรงทางลบ โดยชี้ให้เห็นถึงผลเสีย คือ สมรรถภาพทางกายไม่ดี ต้องเสริมแรงกระตุ้นให้ทำมากขึ้นอีก ผู้วิจัยได้ออกแบบเป็นโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่ทำได้ง่าย ๆ และสะดวกต่อผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับสมรรถภาพทางกาย และผลของโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุหลังเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาระดับสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ และผลของโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One - group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ หมู่ 3 ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม หมู่ 3 ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยโปรแกรม G*power⁷ ขนาดอิทธิพล (Effect size) = .60 ความคลาดเคลื่อน (Error) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .95 จำนวน 32 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คุณสมบัติดังนี้ 1. อายุ 60 - 74 ปี 2. เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 3. ไม่จำกัดโรคประจำตัวหรือไม่มีโรคประจำตัว 4. อ่านออกเขียนได้ และ 5. ค่า Bathel Activity of Daily Living (ADL) = 12 - 20 คะแนน เกณฑ์การคัดเข้า 1. มีคุณสมบัติตามกำหนด 2. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และ 3. ไม่เจ็บป่วยรุนแรงต้องรักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถปฏิบัติตามคู่มือได้เกิน 4 วัน และ 2. เจ็บป่วยรุนแรงต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออุบัติเหตุทำให้ปฏิบัติกิจกรรมทางกายไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การพักอาศัยอยู่กับผู้ใด และโรคประจำตัว

1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุตามรูปแบบของ Senior Fitness Testing: STFTM⁸⁻¹⁰ ซึ่งพัฒนารูปแบบฉบับภาษาไทย โดยศรัทธา ปญฺติ¹¹ มี 6 สมรรถนะ ดังนี้

1) ลุกจากเก้าอี้และนั่งในเวลา 30 วินาที นับจำนวนครั้งการยืนและนั่ง เกณฑ์ผู้ชาย 19 - 12 ครั้ง และผู้หญิง 17 - 10 ครั้ง

2) งอ -เหยียดข้อศอกในเวลา 30 วินาที นับจำนวนครั้งที่งอ -เหยียด โดยผู้ชายถือลูกน้ำหนัก 3 กิโลกรัม ผู้หญิงถือลูกน้ำหนัก 2 กิโลกรัม เกณฑ์ผู้ชาย 22 - 14 ครั้ง และผู้หญิง 19 - 12 ครั้ง

3) ยกขาสูง 2 นาที นับจำนวนครั้งที่ขาข้างขวาสูงถึงเป้าหมาย ในเวลา 2 นาที เกณฑ์ผู้ชาย 115 - 80 ครั้ง และผู้หญิง 107 - 68 ครั้ง

4) นั้งเก้าอี้และเอื้อมแตะ วัดระยะห่างจากปลายนิ้วกลางของมือที่เอื้อมแตะถึงปลายเท้า เกณฑ์ผู้ชาย +4 ถึง -3 นิ้ว และผู้หญิง +5 ถึง -1 นิ้ว

5) เอื้อมมือทั้งสองข้างแตะกันทางด้านหลัง วัดระยะห่างจากปลายนิ้วกลางของมือที่เอื้อมแตะถึงนิ้วกลางมืออีกข้าง เกณฑ์ผู้ชาย +0.0 ถึง -8 นิ้ว และผู้หญิง +1.5 ถึง -4 นิ้ว

6) ลุกขึ้นจากเก้าอี้เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่งจับเวลาเป็นวินาที เกณฑ์ผู้ชาย 3.8 ถึง 6.2 วินาที และผู้หญิง 4.4 ถึง 7.1 วินาที

โดยกำหนดคะแนนการตรวจสมรรถภาพทางกายแต่ละด้าน ดังนี้ ทำได้น้อยกว่าค่าปกติ (1 คะแนน) แปลผล ต่ำ ทำได้ช่วงค่าปกติ (2 คะแนน) แปลผล ปานกลาง ทำได้มากกว่าค่าปกติ (3 คะแนน) แปลผล สูง นำผลรวมของคะแนนหารด้วย 3 แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับต่ำ (1 - 1.66 คะแนน) แปลผล ระดับต่ำ ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) ระดับสูง (2.34 - 3 คะแนน)

1.3 แบบประเมิน Barthel ADL Index¹² 10 ข้อ (20 คะแนน) นำแบบมาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 พัฒนาโดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹² แบบประเมินมีเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์คะแนน ≤ 4 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) คะแนน 5 - 11 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) คะแนน 12 - 20 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม) ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน 12 - 20

1.4 ตารางบันทึกการทำกิจกรรมทางกายที่ผู้สูงอายุเลือกทำ เป็นแบบที่ผู้วิจัยออกแบบไว้ในคู่มือ โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางกายเฉพาะชนิดที่อยู่ในคู่มือ เมื่อทำชนิดใดได้เวลานานเท่าไร ให้จดบันทึกเวลาที่ทำเป็นนาฬิกาในตารางนี้ทุกวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ใช้ทฤษฎีการวางเงื่อนไข (Operant conditioning theory) ของสกินเนอร์⁶ การให้พฤติกรรมแบบการกระทำคงอยู่ ควรเสริมแรงทางบวก ชื่นชม ให้รางวัล เมื่อทำได้ตามเกณฑ์ ถ้ากรณีทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ ให้เสริมแรงทางลบ ชี้ให้เห็นถึงโทษ เสริมแรงกระตุ้นให้ทำมากขึ้นอีก เมื่อเข้าโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมได้มากกว่า การทำกิจกรรมแบบไม่มีแรงเสริมกระตุ้น ผู้สูงอายุมีการบันทึกเวลาที่ทำกิจกรรมลงในตาราง มีการประเมินผลโดยคำนวณค่าพลังงานที่ได้จากการทำ เมื่อผลการประเมินพบว่า พลังงานไม่เพียงพอ แนะนำให้ทำกิจกรรมมากขึ้น แต่หากพบว่าเพียงพอยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีความสนใจดูแลตนเอง และให้ดำเนินการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องเพื่อคงระดับความแข็งแรงไว้ โปรแกรมประกอบด้วย

2.1 คู่มือการทำกิจกรรมทางกาย ดัดแปลงมาจากคู่มือส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุเขตเมือง³ มี 3 ส่วน คือ 1) คำอธิบายการใช้คู่มือ 2) ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย ได้แก่ ความหมายและประเภทของกิจกรรมทางกาย พีรามิดกิจกรรมทางกายตามระดับ และกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 13 ชนิด เช่น เล่นกับเด็ก ภูพื้น ทำความสะอาดหน้าต่าง ตากผ้า รีดผ้า ขัดพื้น รดน้ำต้นไม้ ถอนหญ้า ทำสวน กวาดใบไม้ ซักผ้าโดยใช้มือซัก ทำอาหาร และยกของ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า เป็นกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) ตารางบันทึกการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยนำกิจกรรมทั้ง 13 ชนิด ลงในตารางไว้ให้ผู้สูงอายุสะดวกในการบันทึกเวลาที่ทำแต่ละวัน และให้เลือกการออกกำลังกายที่ตัวเองชอบอีก 1 ชนิดเพิ่มเติม เช่น ปั่นจักรยาน เดินเร็ว และรำไม้พลอง แต่ละคนจะเลือกไม่เหมือนกัน พร้อมทั้งบันทึกเวลาลงในตารางเช่นกัน รวมกิจกรรมทั้งหมดเป็น 16 ชนิด ให้บันทึกการทำทั้ง 8 สัปดาห์

การจำแนกความเข้มข้นของกิจกรรมทางกายตามองค์การอนามัยโลกโดยอิงเกณฑ์ Metabolic equivalent of task (MET) (1 MET มีค่าเท่ากับพลังงานที่ใช้ในการนั่งเฉย ๆ หรือเท่ากับ 1 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/ชั่วโมง) ดังนี้ การออกแรงระดับหนักให้ค่าความเข้มข้น 8 MET เช่น ยกของหนัก ขุดดิน การออกแรงระดับปานกลางให้ค่าความเข้มข้น 4 MET เช่น ยกของเบา เดินเร็ว และแนะนำระดับกิจกรรมที่เพียงพอที่การออกแรงระดับหนักเป็นเวลา 75 นาที/สัปดาห์ และระดับปานกลางเป็นเวลา 150 นาที/สัปดาห์ หรือเท่ากับ 600 MET - นาที/สัปดาห์¹³ การคำนวณพลังงานในแต่ละกลุ่มกิจกรรมที่เพียงพอ อิงตามเกณฑ์ คือ 600 MET - นาที/สัปดาห์ โดยใช้สูตรการคำนวณพลังงาน ดังนี้ 1) หาพลังงานที่ใช้ (MET - นาที/สัปดาห์) = ความเข้มข้นของกิจกรรม (MET) x ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละวัน (นาที) x จำนวนวันต่อสัปดาห์¹⁴ 2) หาผลรวมพลังงานจากกิจกรรมของผู้สูงอายุทุกกิจกรรม แล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของพลังงานที่ได้ และ 3) หาระดับกิจกรรมที่เพียงพอด้วยการนำผลรวมพลังงานจากกิจกรรมที่เลือก/ค่าเฉลี่ย มาหารด้วย 600 MET - นาที/สัปดาห์ หากค่าที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ถือว่าระดับกิจกรรมทางกายเพียงพอ¹³ หากน้อยกว่า 1 ถือว่าระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความเที่ยงตรง คู่มือและตารางบันทึกการทำกิจกรรมทางกาย และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญ

ด้านผู้สูงอายุและชุมชน 3 ท่าน ให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC: Indexes of Item - Objective Congruence) เท่ากับ .89 และ .75 ตามลำดับ

การหาค่าความเชื่อมั่น นำแบบบันทึกการทำกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 ราย นำมาคำนวณหาค่า Conbrach alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ 1.วางแผนการวิจัยและทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตใช้คู่มือส่งเสริมการทำกิจกรรมทางกายที่บ้าน³ สำหรับผู้สูงอายุเขตเมือง มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ 2. สืบหาข้อมูลผู้สูงอายุ โดยค้นหาข้อมูลออนไลน์ จากเพจขององค์การบริหารส่วนตำบลบางรักน้อย⁴ 3. ประชุมทีมวิจัย อธิบายและชี้แจงวิธีการใช้โปรแกรมและคู่มือ และ 4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ขั้นดำเนินการวิจัย การทดลองใช้โปรแกรม จำนวน 4 ครั้ง ในเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง อบรมให้ความรู้เรื่องกิจกรรมทางกาย 40 นาที แจกคู่มือให้ไปทำกิจกรรมทางกายที่บ้าน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ เป็นกิจกรรม 13 ชนิดที่กำหนดในคู่มือ และการออกกำลังกาย 1 ชนิดตามความชอบ เช่น รำไม้พลอง เดินเร็ว และปั่นจักรยาน รวมทั้งหมด 16 ชนิด เมื่อทำกิจกรรมชนิดใดได้กี่นาที ให้ลงบันทึกเวลาในตารางบันทึก (อยู่ในคู่มือ) ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน ทดสอบสมรรถภาพทางกาย และนัดผู้สูงอายุมาพบสัปดาห์ที่ 3

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน และทดสอบสมรรถภาพทางกาย เสริมแรงทางบวก เช่น ชมเชย เมื่อพบว่าสุขภาพและสมรรถภาพทางกายดีขึ้นกว่าเดิม และเสริมแรงทางลบ โดยกระตุ้นให้ไปเพิ่มการทำกิจกรรมให้มากกว่าเดิม ให้ไปทำกิจกรรมต่อที่บ้านแล้วบันทึกเวลาทุกวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และนัดผู้สูงอายุมาพบสัปดาห์ที่ 5

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐานและทดสอบสมรรถภาพทางกาย เสริมแรงทางบวก เช่น ชมเชย เมื่อพบว่าสุขภาพและสมรรถภาพทางกายดีขึ้นกว่าเดิม และเสริมแรงทางลบ โดยกระตุ้นให้ไปเพิ่มการทำกิจกรรมให้มากกว่าเดิม ให้ไปทำกิจกรรมต่อที่บ้านแล้วบันทึกเวลาทุกวัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และนัดผู้สูงอายุมาพบสัปดาห์ที่ 8

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน และทดสอบสมรรถภาพทางกาย และเสริมแรงทางบวก โดยการชมเชยที่ผู้สูงอายุตั้งใจทำกิจกรรมตามโปรแกรม มอบของที่ระลึก และค่าตอบแทนให้ผู้สูงอายุ กล่าวขอบคุณและปิดโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต หนังสือเลขที่ R008/66P ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและระดับคะแนนสมรรถภาพทางกาย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังเข้าโปรแกรมด้วยสถิติอ้างอิง (Inference statistics) Paired Sample t - test

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน เป็นเพศหญิง 28 คน ร้อยละ 87.50 และเพศชาย 4 คน ร้อยละ 12.50 อายุ 60 - 64 ปี 14 คน ร้อยละ 43.80 รองลงมา อายุ 65 - 69 ปี 10 คน ร้อยละ 31.30 และอายุ 70 - 74 ปี 8 คน ร้อยละ 25 ระดับดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสมส่วน 14 คน ร้อยละ 43.80
2. คะแนนพลังงานกิจกรรมทางกายที่ผู้สูงอายุทำ พบว่า รำไม้พลอง มีพลังงานสูงสุด ค่าระดับกิจกรรม 1.75 แปลผลเพียงพอ รองลงมา คือ เดินเร็ว ค่าระดับกิจกรรม 1.73 แปลผลเพียงพอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนพลังงานกิจกรรมทางกาย 16 ชนิด ของกลุ่มตัวอย่าง ใน 1 สัปดาห์ (N = 32)

กิจกรรมทางกาย ที่ผู้สูงอายุทำ	ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรม ทางกาย		คะแนนพลังงานการทำกิจกรรมทางกาย ของผู้สูงอายุ (MET - นาที/สัปดาห์)			ระดับกิจกรรมทางกาย ≥ 1 ถือว่า เพียงพอ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	พลังงาน รวมทุกคน	พลังงานเฉลี่ย ต่อคน	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าที่ได้ (เท่า)	แปลผล
1. ภูบ้าน	30	93.75	13,740.00	458.00	308.80	.76	ไม่เพียงพอ
2. ตากผ้า	29	90.63	14,860.00	512.41	446.83	.85	ไม่เพียงพอ
3. กวาดพื้น	25	78.13	9,200.00	368.00	279.17	.61	ไม่เพียงพอ
4. ซักผ้า (ใช้มือ)	25	78.13	16,700.00	668.00	432.76	1.11	เพียงพอ
5. ทำอาหาร	24	75.00	10,725.00	446.88	293.54	.74	ไม่เพียงพอ
6. รีดผ้า	23	71.88	9,740.00	423.48	331.41	.71	ไม่เพียงพอ
7. รดน้ำต้นไม้	23	71.88	9,140.00	397.39	327.07	.66	ไม่เพียงพอ
8. ทำความสะอาด หน้าต่าง	17	53.13	4,500.00	264.71	226.91	.44	ไม่เพียงพอ
9. กวาดใบไม้	15	46.88	6,150.00	410.00	419.31	.68	ไม่เพียงพอ
10. ยกของ	15	46.88	9,510.00	634.00	562.49	1.06	เพียงพอ
11. เล่นกับเด็ก	14	43.75	7,525.00	537.50	383.68	.90	ไม่เพียงพอ
12. ปั่นจักรยาน	11	34.38	8,420.00	765.45	318.47	1.28	เพียงพอ
13. ทำสวน	10	31.25	10,200.00	1,020.00	2,207.19	1.70	เพียงพอ
14. เดินเร็ว	9	28.13	9,356.00	1,039.56	563.24	1.73	เพียงพอ
15. ถอนหญ้า	8	25.00	2,430.00	303.75	136.56	.51	ไม่เพียงพอ
16. รำไม้พลอง	5	15.63	5,260.00	1,052.00	189.00	1.75	เพียงพอ

3. การวิเคราะห์ระดับสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย

พบว่า ก่อนทดลองคะแนน 2.15 อยู่ระดับปานกลาง หลังทดลองคะแนน 2.33 อยู่ระดับปานกลาง วิเคราะห์รายด้านก่อนทดลอง สมรรถภาพทางกายระดับสูง มีจำนวน 2 กิจกรรม คือ งอข้อศอก คะแนน 2.84 และการลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที คะแนน 2.66 ระดับปานกลาง มีจำนวน 3 กิจกรรม และระดับต่ำ มีจำนวน 1 กิจกรรม หลังการทดลองสมรรถภาพทางกายระดับสูง มีจำนวน 3 กิจกรรม คือ ยกขาสูง 2 นาที คะแนน 2.88 ลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที คะแนน 2.75 และงอข้อศอก คะแนน 2.72 ระดับปานกลาง มีจำนวน 2 กิจกรรม และระดับต่ำ มีจำนวน 1 กิจกรรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับของสมรรถภาพทางกาย ก่อน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุ (N = 32)

รายการทดสอบแต่ละด้าน	คะแนนสมรรถภาพทางกาย			
	ก่อน	ระดับ	หลัง	ระดับ
1. ลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา	2.66	สูง	2.75	สูง
2. งอข้อศอก เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน และลำตัวส่วนบน	2.84	สูง	2.72	สูง
3. ยกขาสูง 2 นาที เพื่อทดสอบความทนทานแบบแอโรบิก	2.28	ปานกลาง	2.88	สูง
4. นั่งเก้าอี้และเอี๊ยมตะ เพื่อวัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อ hamstring	2.09	ปานกลาง	2.13	ปานกลาง
5. เอี๊ยมมือทั้งสองข้างตะกันทางด้านหลัง เพื่อวัดความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบน และแขน	1.94	ปานกลาง	2.06	ปานกลาง
6. ลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่ง เพื่อวัดความคล่องแคล่ว และการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหว	1.13	ต่ำ	1.50	ต่ำ
รวม	2.15	ปานกลาง	2.33	ปานกลาง

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกาย ก่อนหลังการเข้าโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมของสมรรถภาพทางกาย หลังการทดลอง ภาพรวม มีคะแนนมากกว่าก่อนทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 4.50, p = .00$) ด้านที่มีคะแนนแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 คือ ยกขาสูง 2 นาที คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง 2.28 หลังทดลอง 2.88 ($t = 4.72, p = .00$) และลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่ง คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลอง 1.13 หลังทดลอง 1.50 ($t = 3.22, p = .00$) ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่าง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

รายการทดสอบแต่ละด้าน	คะแนนสมรรถภาพทางกาย			ความแตกต่าง	
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง (หลัง - ก่อน)	t	Sig
1. ลุกจากเก้าอี้ในเวลา 30 วินาที เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา	2.66	2.75	.09	1.00	.33
2. งอข้อศอก เพื่อวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน และลำตัวส่วนบน	2.84	2.72	-0.13	-1.28	.21
3. ยกขาสูง 2 นาที เพื่อทดสอบความทนทานแบบแอโรบิก	2.28	2.88	.59	4.72	.00**

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม (ต่อ)

รายการทดสอบแต่ละด้าน	คะแนนสมรรถภาพทางกาย			ความแตกต่าง	
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง (หลัง - ก่อน)	t	Sig
4. นั่งเก้าอี้และเอื้อมแตะ เพื่อวัดความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อ hamstring	2.09	2.13	.03	.33	.75
5. เอื้อมมือทั้งสองข้างแตะกันทางด้านหลังเพื่อวัดความยืดหยุ่นของลำตัวส่วนบนและแขน	1.94	2.06	.13	1.28	.21
6. ลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่ง เพื่อวัดความคล่องแคล่วและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหว	1.13	1.50	.38	3.22	.00**
รวม	2.15	2.33	.18	4.50	.00**

** p < .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า ก่อนและหลังทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีสมรรถภาพทางกายภาพรวมดีขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางกายที่ใช้พลังงานเพียงพอ คือ รำไม้พลอง และเดินเร็ว สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีไปกลางต่อสมรรถภาพทางกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองด้านความอดทน ด้านแอโรบิก หลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น¹³ เนื่องจากรำไม้พลอง และเดินเร็ว เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่มีการใช้พลังงานโดยอาศัยออกซิเจนในร่างกาย ลักษณะจะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่อง

2. ผลของโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ผลการวิจัย พบว่า หลังทดลองผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกาย ดีกว่าก่อนทดลอง ซึ่งคะแนนภาพรวมของสมรรถภาพทางกายมีคะแนนมากกว่าก่อนทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานที่เกิดจากกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจ ผลของการทำกิจกรรมด้วยตนเอง จากคำอธิบายของผู้วิจัย และการกระตุ้นเตือนตามทฤษฎี ของสกินเนอร์⁶ และเห็นตัวอย่างผู้สูงอายุสุขภาพดี และเจ็บป่วยต่าง ๆ ภายในชุมชนจึงร่วมมือในการทำกิจกรรมตามที่แนะนำ และให้บุตรหลานช่วยอ่านคู่มือให้ฟัง เลือกกิจกรรมที่สร้างพลังงานให้กล้ามเนื้อแข็งแรง 2 กิจกรรม คือ รำไม้พลอง และเดินเร็ว จึงส่งผลให้มีสมรรถภาพทางกายภาพรวมดีขึ้น สอดคล้องกับการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โปรแกรมสามารถเพิ่มกิจกรรมทางกายและส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายได้¹⁵

การวิเคราะห์สมรรถภาพทางกายรายด้าน พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายมีการยกขาสูง 2 นาที ได้มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการยกขาสูง 2 นาที เป็นการทดสอบความทนทานแบบแอโรบิก เกิดจากการทำกิจกรรมที่เพียงพอและต่อเนื่อง ได้แก่ รำไม้พลอง และเดินเร็ว ส่งผลให้ร่างกายผู้สูงอายุแข็งแรง และสมรรถภาพทางกายดีขึ้น เนื่องจากรำไม้พลอง และเดินเร็ว เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่มีการใช้พลังงานโดยอาศัยออกซิเจนในร่างกาย ลักษณะจะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงมากแต่มีความต่อเนื่อง เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ปั่นจักรยาน กระโดดเชือก ว่ายน้ำ หรือเดินแอโรบิก เป็นต้น จึงเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ทำให้หัวใจและระบบไหลเวียนเลือดแข็งแรง¹⁶⁻¹⁷ สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยใช้ดนตรีโปงกลางต่อสมรรถภาพทางกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ พบว่า สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองด้านความอดทนด้านแอโรบิก หลังเริ่มทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น¹³ เช่นเดียวกับการศึกษา เรื่อง การออกกำลังกายด้วยกิจกรรมแอโรบิกเพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ จังหวัดจันทบุรี พบว่า หลังการออกกำลังกายด้วยกิจกรรมแอโรบิก สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ด้านความอดทนของระบบหัวใจและไหลเวียนเลือดสูงกว่าก่อนทดลอง¹⁶

ด้านความคล่องแคล่วและการทรงตัวเมื่อเคลื่อนไหว ทดสอบลุกขึ้นจากเก้าอี้ เดินไป 8 ฟุต และเดินกลับมานั่ง พบว่า หลังการทดลองทำได้ดีกว่า แสดงว่าการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและเพียงพอ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายด้านความคล่องแคล่วและการทรงตัวดีขึ้น เนื่องด้วยความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของร่างกาย กล้ามเนื้อ และกระดูกเป็นโครงสร้างที่สำคัญต่อการทรงตัว เป็นขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาไปสู่กระบวนการสูญเสียความสามารถในการทำงานและความพิการ เพราะถ้าหากกล้ามเนื้ออ่อนแรงมากจะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะกิจกรรมพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การนั่ง ยืน เดิน รวมถึงการลุกขึ้นจากเก้าอี้ และขึ้นลงบันได¹⁶ จากผลการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมทางกายที่มีค่าระดับของกิจกรรมทางกายสูง และมีความเพียงพอที่ผู้สูงอายุทำ คือ รำไม้พลอง และเดินเร็ว ซึ่งเป็นกิจกรรมทางกายด้านนันทนาการ เมื่อผู้สูงอายุทำเป็นประจำ ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายด้านการทรงตัวดี เกิดความแคล่วคล่องว่องไว ส่วนด้านอื่นอีก 4 ด้านไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมทางกายที่ทำเป็นประจำในชีวิตประจำวัน ทุกกิจกรรมเป็นกิจกรรมทางกายกลุ่มการทำงาน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดว่าผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมมีสมรรถภาพทางกายดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ผลการวิจัยไม่พบความแตกต่าง

ข้อเสนอแนะสำหรับนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายที่ส่งเสริมการยกขาสูง และการลุกเดินจากเก้าอี้ เป็นกิจกรรมทางกายด้านนันทนาการ เมื่อผู้สูงอายุใช้โปรแกรมนี้จะมีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน แต่ควรระวังการหกล้ม จึงควรจัดสถานที่ให้เหมาะสม เช่น ทำราวจับ ปูพรมยางเพื่อป้องกันการลื่นล้ม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกาย ไปศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
2. ควรมีการนำโปรแกรมการทำกิจกรรมทางกายไปศึกษาเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม

References

1. Department of Older Persons. Elderly statistics. 2019. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275_1.pdf (in Thai)
2. Purakom A. Promoting physical activity for health in the elderly. 1sted. Nakhon Pathom: Petchkasem Printing Group Co., Ltd.; 2015. (in Thai)
3. Anansupamongkol D. Development of a home-based physical activity promotion handbook for the elderly in an urban area [Master's minor thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011.
4. Bangraknoi Subdistric Administrative Organization. General condition information. 2024. Available from: <https://www.brn.go.th/public/list/data/index/menu/1144> (in Thai)
5. Department of Health Service Support. 3doctor. 2024. Available from: <https://url.in.th/hlOrQ> (in Thai)
6. Skinner, B. F. (1938). The behavior of organisms. New York: Appleton-Century-Crofts.
7. Sanitlou N, Sartphet W and Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*power program. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences) 2019;5(1):496-06. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/svittj/article/view/181958> (in Thai)
8. Rikli, R.E. & Jones, C.J. Development and validation of functional fitness test for community-residing older adults. Journal of Aging and Physical Activity. 1999a;7(2):129-161. Available from: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/japa/7/2/article-p129.xml>
9. Rikli, Roberta E., and C. Jessie Jones. "Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94." Journal of Aging & Physical Activity. 1999b;7(2):162-181. Available from: https://nkpolder.dop.go.th/document/book/physical_fitness_Sriwan.pdf
10. Rikli, R.E. & Jones, C.J. Senior fitness test manual. Champaign: Human Kinetics. 2001. Available from: https://nkpolder.dop.go.th/document/book/physical_fitness_Sriwan.pdf
11. Panti S. The elderly physical fitness examination manual. Department of Older Persons. 2008. Available from: https://nkpolder.dop.go.th/document/book/physical_fitness_Sriwan.pdf
12. Elderly Health Service System Development Committee for Long-Term Care Elderly Assessment Screening Manual 2014. Development of elderly health screening and assessment tools ministry of public health. Manual for screening and health assessment for the elderly B.E. 2021. 36-37. Available from: http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf (in Thai)
13. Liangruenrom N, Topothai T, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. Do Thai people meet recommended physical activity level?: The 2015 National Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research 2017;11(2):205-20. Available from: <https://url.in.th/LndiK> (in Thai)
14. Topothai T, Liangruenrom N, Topothai C, Suriyawongpaisan W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. How much of energy expenditure from physical activity and edentary behavior of Thai adults: The 2015 National Health and Welfare Survey. Journal of Health Systems Research [Internet]. 2017 Jul-Sep;11(3):327-44. Available from: <https://url.in.th/XRkbJ> (in Thai)

15. Raikang P, Wongkongdech R. The effects of using a physical activity promoting program on self-efficacy concept for physical activity among elderly person Roi-Et province. *Research and Development Health System Journal* 2022;15(3):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/258130/176881> (in Thai)
16. Glummitr C, Chorntapha N. Aerobic exercise to improve physical fitness of the elderly in Chanthaburi province. *Rambhai Barni Research Journal*. 2023.;17(2):69-77. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/266861/179155> (in Thai)
17. Phuivan N. Effects of self-regulation program in retro-line dancing exercise on blood sugar level and physical fitness of persons at high risk to type 2 Diabetes mellitus [Master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of the Health Screening and Communication Capacity Building Program of Village Health Volunteers in Preventing Chronic Kidney Disease

Received: May 14, 2024

Revised: Aug 9, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

Napaphen Jantacumma, Dr.PH.¹Songpon Padoungpattanukul, Ed.D.^{2*}Pattaya Kaewsarn, Ph.D.³

Abstract

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a major health issue. It is caused by many factors which can be prevented by taking self care. CKD should be prevented by screening and health communication, which is one of the important roles of village health volunteers (VHVs).

Research objective: To examine the effects the health screening and communication capacity building program of VHVs in preventing CKD before and after participating to the program.

Research methodology: This quasi - experimental study was one group pre and posttest design. The sample group was 26 VHVs in Pakkret district. Research tools consisted of: 1) the health screening and communication capacity building program of village health volunteers in preventing CKD developed using a periodic 6 weeks from empowerment concept of Gibson with 4 main phases: (1) discovering the truth, (2) critical reflection, (3) deciding on an appropriate activity method and taking action, and (4) maintaining to practice; 2) questionnaire of health communication ability for CKD prevention; and 3) questionnaire of health screening ability for CKD prevention. The research tools had CVI values of .98, .91 and .97, respectively. The reliability of the questionnaire for part 2) and 3) was .89 and .85, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and paired t - test.

Result: After participating in the program, the VHVs demonstrated significantly improved abilities in screening ($t(25) = 10.532, p < .001$) and health communication skills ($t(25) = 9.627, p < .001$) for chronic kidney disease prevention compared to before participating in the program.

Conclusion: This empowerment program can increase the screening and health communication capabilities of VHVs in preventing CKD.

Implications: The concept of empowerment can be applied to enhance the abilities of VHVs in other skills for preventing other chronic diseases.

Keywords village health volunteers, health screening capability, health communication, chronic kidney disease

Funding: Sukhothai Thammathirat Open University

¹Assistant Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

¹Email: napaphen.jan@stou.ac.th, ³Email: pattaya.kae@stou.ac.th

^{2*}Corresponding author: Instructor, School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand.

Email: songpon.pha@stou.ac.th

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง

Received: May 14, 2024

Revised: Aug 9, 2024

Accepted: Aug 13, 2024

นภาพิญ จันทขัฒมา สด.¹

ทรงพล ผดุงพัฒนากุล ศษ.ด.^{2*}

พิทยา แก้วสาร ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไตเรื้อรังเป็นประเด็นด้านสุขภาพที่สำคัญ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย สามารถป้องกันได้โดยการดูแลตนเอง รวมถึงการคัดกรองและการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญบทบาทหนึ่งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอปากเกร็ด จำนวน 26 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ของ อสม. ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Gibson ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมหลัก 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติ และระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ 2) แบบสอบถามความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. และ 3) แบบสอบถามความสามารถการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ของ อสม. เครื่องมือวิจัยมีค่า CVI เท่ากับ .98, .91 และ .97 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในส่วนที่ 2) และ 3) เท่ากับ .89 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบทีชนิดคู่

ผลการวิจัย: หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อสม. มีความสามารถในการคัดกรอง ($t(25) = 10.532, p < .001$) และทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ ($t(25) = 9.627, p < .001$) ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล: โปรแกรมที่นำแนวคิดของการสร้างพลัง สามารถพัฒนาความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: สามารถนำแนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์เพื่อพัฒนาความสามารถของ อสม. ในทักษะด้านอื่น ๆ เพื่อการป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ

คำสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความสามารถในการคัดกรอง การสื่อสารทางสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง

ได้รับทุนสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย Email: napaphen.jan@stou.ac.th

³Email: pattaya.kae@stou.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี ประเทศไทย

Email: songpon.pha@stou.ac.th

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีอัตราความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณ 13.40¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยพบอัตราความชุกโรคไตเรื้อรังประมาณ 17.60 หรือ 8.40 ล้านคน² ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3 จำนวน 420,212 ราย ระยะ 4 จำนวน 420,212 ราย และระยะที่ 5 ต่ำลงมาถึง 62,386 ราย³ ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดนนทบุรี พบความชุกของโรคไตเรื้อรังประมาณ 14.90 อยู่ในระยะไตวายเรื้อรังระดับที่ 1 - 3 ร้อยละ 83.90⁴ ถือเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ลดการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 39,411 ราย แยกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 20,993 ราย ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 13,503 ราย และผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รับเฉพาะยา Erythropoietin (EPO) ซึ่งเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์ขึ้น เพื่อใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจาง จำนวน 4,951 ราย จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พบว่าโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ดังนั้น การดูแลเพื่อการป้องกันการเป็นโรคไตเรื้อรังด้วยการคัดกรอง¹⁻³ และพัฒนาการสื่อสารทางสุขภาพ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังแก่ประชาชนเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยผู้ที่เป็นบุคคลสำคัญในระบบบริการสุขภาพ เช่น ทีมผู้ดูแลสุขภาพในชุมชนทั้งในสถานบริการสุขภาพ และผู้ดูแลสุขภาพชุมชนที่เป็นบุคคลในพื้นที่⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่สำคัญต่อระบบสุขภาพ ใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทในการผลักดันให้การดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ระหว่างแกนนำชุมชน อสม. กับผู้ป่วย เป็นการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม มีส่วนร่วมในผลประโยชน์เกี่ยวกับคุณภาพ บริการ ซึ่ง อสม. จะมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุนและให้กำลังใจ รวมทั้งกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ความรู้คนในชุมชน และเป็นผู้นำด้านสุขภาพภาคประชาชน สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการประสานงานกับบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการร่วมจัดระบบบริการให้ได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม⁶ อสม. ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อส่วนรวม โดยการเป็นผู้แทนในชุมชน มีหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับบุคลากรทีมงานสุขภาพ อสม. จึงเป็นเสมือนผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน อีกทั้งยังเป็นผู้ประสานงานด้านสุขภาพระหว่างชุมชนกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการประสานงานที่มีคุณภาพ มีการดูแลที่ต่อเนื่อง เข้าถึงระดับบุคคลและครอบครัว ปัจจุบัน อสม. มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนครอบคลุมทุกหมู่บ้านกว่า 1 ล้านคน⁷ โดยที่ทุกครอบครัวมี อสม. ที่รับผิดชอบดูแลชัดเจนในสัดส่วน อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 ครอบครัว อสม. มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการส่งเสริมและป้องกันโรค โดยมีวัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ⁸ บทบาทที่สำคัญเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไทรเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการสื่อสารทางสุขภาพเป็นบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน เช่น การนัดหมายเพื่อบ้านมารับบริการสาธารณสุข การแจ้งข่าวสาธารณสุขหรือสารสุขภาพ การใช้สถานบริการสาธารณสุข การใช้จ่าย การดูแลตนเอง การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จึงถือว่าการพัฒนาทักษะที่สำคัญในด้านการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการเกิดโรคไทรเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การประสานการดูแลผู้ป่วยในชุมชนยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของเครือข่ายในชุมชนมีน้อย อสม. ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไทรเรื้อรัง และมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง⁹ ถ้า อสม. มีความรอบรู้ในเรื่องการป้องกันโรคไทรเรื้อรัง สามารถนำความรอบรู้ดังกล่าวบูรณาการเข้ากับบทบาทและหน้าที่หลักของตนเองในเรื่องการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพ ก็จะสามารถช่วยให้ประชาชนทั้งบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง หรือบุคคลทั่วไป เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคไทรเรื้อรังได้อย่างดี นำมาเป็นเกราะในการป้องกันตนเองจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้อีกด้วย

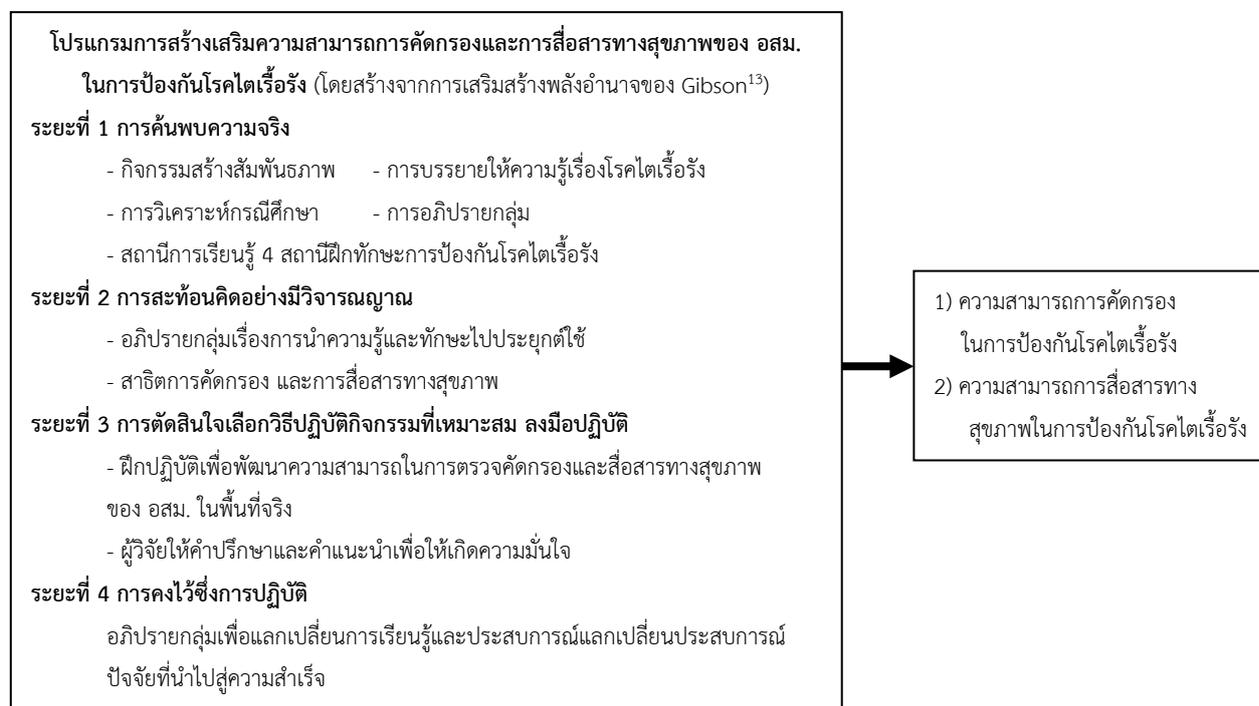
อสม. จึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน เป็นแกนนำในการสื่อสาร ชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมสาธารณสุขของชุมชน จำเป็นต้องมีความสามารถทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ สามารถประเมินข้อมูลสุขภาพจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยงความรู้ ความเข้าใจในหลักการ และกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในการระบุประเด็นปัญหาที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถสื่อสาร แสดงความคิดเห็น วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน ตัดสินใจอย่างมีเหตุผล นำมาปฏิบัติเพื่อใช้สำหรับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชน ประกอบกับผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในด้านการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดีหลายด้าน¹⁰ ยกเว้นด้านการสื่อสารทางสุขภาพที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้¹¹ นอกจากนั้น การศึกษาสภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในภาพรวม 8 ด้าน ได้แก่ 1) เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน 2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว 3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน เช่น การคัดกรอง 4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ศูนย์สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ศสมช.) 5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน 6) เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน 7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และ 8) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน¹¹ นอกจากนี้ การศึกษา พบว่า บทบาทที่ อสม. มีการปฏิบัติมากที่สุดจาก 8 อันดับแรกคือ ด้านการเฝ้าระวังและการคัดกรอง รองลงมา คือ ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ¹² นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน¹³ การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารทางสุขภาพและการคัดกรอง จึงมีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Gibson (1991)¹⁴ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การค้นพบความจริง 2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เป็นกระบวนการที่มีความเชื่อมโยงและมีความต่อเนื่องกัน เมื่อ อสม. ผ่านแต่ละกระบวนการจะเกิดพลังใจ พลังความคิดจากปัจจัยต่าง ๆ เกิดการสร้างเสริมแรงใจให้เกิดความรู้สึกมั่นใจที่จะแก้ปัญหา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในชุมชน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี เพื่อให้เกิดพลังอำนาจทั้งในด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการปฏิบัติงานด้านการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การเสริมสร้างความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพ และการตรวจคัดกรองของ อสม. ในเขตพื้นที่ เพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นแนวทางการส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สามารถนำทักษะในการคัดกรอง และการสื่อสารทางสุขภาพไปพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่คนในชุมชน ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง และครอบครัว ห่างไกลจากโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สร้างจากการเสริมสร้างพลังอำนาจของก๊อบสัน¹⁴ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบความจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) ลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เพื่อเพิ่มความรู้และทักษะในการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการคัดกรองของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

สมมติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถในการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. พบว่า อสม. มีความสามารถการคัดกรอง และการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest -posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 181 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการฉลาดรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคไตเรื้อรังของ อสม. โดยมีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ G*power กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .95 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .5 จำนวน 26 คน ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย และมีคุณลักษณะเป็นไปตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็น อสม. ที่อยู่ในพื้นที่และปฏิบัติหน้าที่มาอย่างน้อย 3 ปี 2) สามารถอ่านออก เขียนได้ 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อผลของกิจกรรม เช่น โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น และกำหนดเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน และ 2) เปลี่ยนใจปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสร้างจากการเสริมสร้างพลังอำนาจของ อสม. เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การค้นพบความจริง ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การการวิเคราะห์กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม และการฝึกทักษะการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยการจัดสถานีการเรียนรู้ 4 สถานี

ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อวางแผนแก้ปัญหา ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม เรื่อง การนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ และการสาธิตการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพป้องกันโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อพัฒนาความสามารถในการตรวจคัดกรองและสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความสามารถ และให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ

ระยะที่ 4 ลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ประกอบด้วย กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เพิ่มความรู้และทักษะในการคัดกรอง และการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินความสามารถคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. โรคประจำตัว และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

2) แบบประเมินความสามารถคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ (ประกอบด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังและอาการที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง และการประเมินความสามารถวัดความดันโลหิต ประเมินความสามารถชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณดัชนีมวลกายและการแปลผลที่สำคัญ ประเมินความสามารถวัดรอบเอว) โดยเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนนเป็น 4 - 1 คะแนน

3) แบบประเมินความสามารถสื่อสารทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไต¹⁵ จำนวน 18 ข้อ คำตอบเป็น 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยให้ค่าคะแนนเป็น 4 - 1 คะแนน แบ่งระดับความสามารถคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 - 79.99) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 60)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง แบบสอบถามความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพ และแบบสอบถามความสามารถในการคัดกรองของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity: CVI) เท่ากับ .98 .91 และ .97 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพ และแบบสอบถามความสามารถในการคัดกรองของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังเท่ากับ .89 และ .85 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดความดันโลหิต โดยนำเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท เทียบความถูกต้องของเครื่องมือ (Calibration) ก่อนการวิจัย และตรวจสอบความถูกต้องของการอ่านค่าโดยใช้หูฟังสองปลาย กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 คน ผลการอ่านค่าความดันโลหิตเท่ากันทั้ง 10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ช้้นก่อนดำเนินโปรแกรม โดยทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขออนุญาตเก็บข้อมูล เพื่อติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 26 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลอง

จากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบสอบถามความสามารถการคัดกรองและความสามารถสื่อสารทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง โดยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 4 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่

3. ขั้นสิ้นสุดโปรแกรม อสม. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพ โดย อสม. เป็นผู้ประเมินความสามารถการคัดกรองและความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพตามการรับรู้ของ อสม. ด้วยตนเอง จากนั้นผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันสรุปการเรียนรู้ วิเคราะห์ผลสำเร็จของการจัดการตนเอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่ 8/2566 ลงวันที่ 31 มกราคม 2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ ต่อบริการหรือสิ่งที อสม. เคยได้รับ เมื่อยินดีร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผลการวิจัยจะไม่มีการเสนอชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และแสดงผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย 1 Sample kolmogorov smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการกระจายปกติ จึงสามารถใช้สถิติทดสอบชนิด Parametric ได้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดคู่ (Paired t - test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 53 ปี 9 เดือน (SD = 8.45) ส่วนมากมีอายุ ≤ 50 ปี ร้อยละ 42.30 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น อสม. 8 ปี 5 เดือน (SD = 6.25) มีระยะเวลาที่เป็น อสม. 1 - 5 ปี ร้อยละ 46.20 ส่วนมากมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 23.10 และไม่ได้เรียนจำนวนร้อยละ 23.10 อาชีพหลัก มีอาชีพเป็นแม่บ้าน/ว่างงาน ร้อยละ 34.60 ด้านภาวะสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.20 ได้รับการอบรมโรคไตเรื้อรังมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 80.80 ส่วนมากมีน้ำหนัก 51 - 60 กิโลกรัม ร้อยละ 30.80 โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 64.25 กิโลกรัม (SD = 11.84) มีรอบเอวเฉลี่ย 32.87 นิ้ว (SD = 3.69) ส่วนมากมีรอบเอว 31 - 35 นิ้ว ร้อยละ 46.20 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.30 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 61.50 มีค่าความดัน Systolic เฉลี่ย 128.19 mmHg (SD = 10.09)

โดยส่วนมากมีค่าความดัน Systolic 131 - 140 mmHg ร้อยละ 38.50 มีค่าความดัน Diastolic เฉลี่ย 81.08 mmHg (SD = 7.52) ครึ่งหนึ่งมีค่าความดัน Diastolic 81 - 90 mmHg ร้อยละ 50.00

ความแตกต่างของความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ก่อนใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 52.95, SD = 10.99) หลังใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับสูง (M = 58.69, SD = 4.95) โดยหลังใช้โปรแกรม ฯ ความสามารถในการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(25) = 10.532, p < .001$)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังก่อนใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง (M = 49.38, SD = 7.90) หลังใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับสูง (M = 57.93, SD = 5.07) โดยหลังใช้โปรแกรม ฯ ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(25) = 9.627, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการคัดกรอง และความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (N = 26)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรม ฯ			หลังใช้โปรแกรม ฯ			t (df)	p-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความสามารถการคัดกรอง ฯ	52.95	10.99	ปานกลาง	58.69	4.95	สูง	10.53 (25)	< .001
ความสามารถการสื่อสาร ฯ	49.38	7.90	ปานกลาง	57.93	5.07	สูง	9.63 (25)	< .001

อภิปรายผลการวิจัย

ความแตกต่างของความสามารถการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรังก่อนใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับปานกลาง หลังใช้โปรแกรม ฯ อยู่ในระดับสูง โดยหลังใช้โปรแกรม ฯ ความสามารถในการคัดกรองการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก อสม. กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมที่มีการจัดด้วยการเสริมพลัง เริ่มจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์แรก เป็นการบรรยายโดยใช้ PowerPoint ร่วมกับวีดิทัศน์และภาพโปสเตอร์ การฟังบรรยายในครั้งแรกเพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคไตเรื้อรัง และทุกคนเคยผ่านการอบรมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพทางวิทยาศาสตร์และความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคไตเรื้อรังสำหรับ อสม. ทำให้เมื่อกลับมาฟื้นฟูใหม่และแสดงให้เห็นการปฏิบัติด้านการคัดกรองก็จะมี ความเข้าใจได้เร็วขึ้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง มีสาเหตุใดบ้างที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบกับการใช้สื่อดังกล่าว เกิดการค้นพบข้อเท็จจริง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องความสามารถในการคัดกรอง กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันถัดมา ชื่อกิจกรรมว่า “สถานีปลดโรคไตเรื้อรัง” โดยแบ่งเป็น 3 สถานี ดังนี้ “สถานีสึกวัดความดันด้วยเครื่องวัดความดันแบบปรอท” “สถานีวิวัดความดันด้วยเครื่องดิจิทัล” และ “สถานีน้ตาลในเลือด” เพื่อคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถลองปฏิบัติด้วยตนเองทั้ง 3 สถานี ทั้งนี้ อสม. ทุกคนได้ผ่านฝึกการทำในแต่ละสถานี โดยมีทีมวิจัยช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และสามารถ

ทำซ้ำได้กรณีที่ไม่มั่นใจว่าฟังเสียงชัดหรือไม่ ทำให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น ขณะที่สถานีตรวจน้ำตาลในเลือด ได้ฝึกให้ อสม. จับคู่กันเองในการตรวจน้ำตาลในเลือด จากครั้งแรกที่เจาะเลือดปลายนิ้ว ทีมผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าทุกคนกลัว ไม่กล้าจับเครื่องมือ หรือใช้ Lancet ในการเจาะเลือด แต่หลังจากได้ทดสอบ 1 ครั้ง จึงมีความมั่นใจมากขึ้น จนสามารถปฏิบัติต่อเพื่อน อสม. ได้ สัปดาห์ที่ 2 เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์มีสถานการณ์ทั้งหมด 6 สถานการณ์ โดยให้จับสลาก แล้วผู้ที่จับได้สถานการณ์ร่วมกับเพื่อนกับกลุ่มทดลองนำเสนอกรณีตัวอย่างกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ และแลกเปลี่ยนกับเพื่อนในกลุ่ม ทำให้พัฒนาความสามารถในการคัดกรองโรคได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ ว่าแนวทางการพัฒนาสมรรถนะการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีอยู่ 3 วิธี คือ 1) วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ 2) วิธีการสร้างทัศนคติ ความคิด ความรู้สึกโดยการเล่าประสบการณ์และการสะท้อนคิด และ 3) วิธีการฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริงซึ่งทั้ง 3 วิธีการส่งผลให้ อสม. มีความรู้อยู่ในระดับสูง ความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจอยู่ในระดับสูง และทักษะการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

ความแตกต่างของความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังใช้โปรแกรม ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสามารถการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อยู่ในระดับสูง ส่วนก่อนใช้โปรแกรม ฯ ค่าเฉลี่ยความสามารถการคัดกรองในการป้องกันโรคไตเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยหลังใช้โปรแกรม ฯ ความสามารถในการสื่อสารทางสุขภาพในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะในด้านการสื่อสารสุขภาพ จากกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อให้ อสม. เข้าใจเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สาเหตุ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของไตเร็วขึ้น และจากการปูพื้นด้านความรู้เกี่ยวกับไตเรื้อรังมาแล้วจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการฉลาดรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคไตเรื้อรังสำหรับ อสม. ได้ฝึกการคัดกรองจากการฝึกตรวจร่างกายที่ อสม. สามารถทำได้ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ จากนั้นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ อสม. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เกิดการค้นพบข้อเท็จจริง และมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการวางแผนแก้ปัญหา ประกอบด้วย กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเรื่อง การนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ และสาธิตการคัดกรองและการสื่อสารสุขภาพ กิจกรรมที่สนับสนุนระยะที่ 3 เรื่องการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ลงมือปฏิบัติ และผู้วิจัยให้คำปรึกษาและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความมั่นใจสอดคล้องกับที่การศึกษาที่พบว่า อสม. ยังมีปัญหาเรื่องขาดความมั่นใจในการแนะนำให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านหรือประชาชน¹³ และระยะที่ 4 เรื่องการสะท้อนกลับและการประเมินผล เป็นการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และประสบการณ์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จเพื่อการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เพิ่มความรู้และทักษะในการคัดกรองและการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง อสม. ที่ได้แสดงความคิดเห็นจากสถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดให้ ทำให้เกิดความมั่นใจในการสื่อสารกับคนรอบข้าง เกี่ยวกับการป้องกันไตเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้ อสม. มีความมั่นใจในการสื่อสารทางสุขภาพให้แก่ผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับผลของการศึกษาเพื่อลดปัญหาการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. จะต้องสนับสนุนให้ อสม. มีความมั่นใจในการสื่อสารมากขึ้น¹⁷ ลดปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพที่เป็นบทบาทหนึ่งของ อสม.

และจากการศึกษาปัญหาที่พบส่วนใหญ่ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. เป็นประเด็นเรื่องของการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง เหมาะสมกับกับบริบทของชุมชนกึ่งเมือง หากสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อขยายผลอาจพิจารณาถึงบริบท อุปสรรค หรือความเป็นไปได้ในการใช้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความต่อเนื่อง

2. โปรแกรมการสร้างเสริมความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพของ อสม. ในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันอย่างแท้จริง

3. ติดตามประเมินความต่อเนื่องและความคงอยู่ของกิจกรรม โดยนำเข้าสู่ระบบการพัฒนาความสามารถและทักษะของ อสม. เพื่อให้คงประสิทธิภาพแก่ อสม. อย่างสืบเนื่องและมั่นคงต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการติดตามสั้น ยังมองไม่เห็นความต่อเนื่องของการปฏิบัติ รวมถึงการติดตามความสามารถการคัดกรองและการสื่อสารทางสุขภาพว่า อสม. ได้มีโอกาสใช้ความสามารถดังกล่าวอย่างต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้น 1) ควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อติดตามและอาจจะขยายผลไปยังความสามารถในการคัดกรองหรือการสื่อสารทางสุขภาพ ในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพในชุมชน 2) จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่ยังมีความแตกต่างใน อสม. คือ ระบบการจัดอบรมให้แก่ อสม. ในเรื่องการป้องกันโรคไตเรื้อรัง แต่มี อสม. ยังไม่ได้รับการอบรมจำนวนมาก จึงอาจทำการศึกษาวิจัยพัฒนาโปรแกรม ๆ ที่เปิดโอกาสให้ อสม. ที่ยังไม่ผ่านการอบรมในระบบ สามารถเข้าร่วมโปรแกรม ๆ ได้

References

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease -a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science ONE* 2016;11(7):1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0158765.
2. Ingsathit A, Thakkinstian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK Study. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25(5):1567-75. doi: 10.1093/ndt/gfp669.
3. The Nephologist Society of Thailand. Recommendations for the care of patients with chronic kidney disease before kidney replacement therapy, 2015. Available from: <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/03/CKD-guideline-2565-revised-edition.pdf>
4. Nonthaburi Provincial Public Health Office. Illness with important non-communicable diseases. [Internet]. 2020. [cited 2022 Feb1]; Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
5. Suppaluk T, Matanee R, Sujira W, Winya S. Perceptions and self-care experiences of patients with chronic kidney disease in the community. *Journal of Health Science Research* 2021;15(3): 83-94. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/251518/171689> (in Thai)
6. Surawatakul S, Laorat S and Dermtamrum L. Development of care model for chronic kidney disease stage 4 in Nadoon District. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office* 2020;4(7):129-43. Available from: <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/9017> (in Thai)
7. Department of Noncommunicable Disease Control, Ministry of Public Health. Epidemiology and review of protocol to prevent chronic kidney disease. Bangkok: War Veterans Organization Printing House under Royal Patronage, Agricultural Cooperative Community Printing House of Thailand Limited 2022. (in Thai)
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Chronic disease (CKD) management manual for village health volunteers. 1st printing. Bangkok: War Veterans Organization Printing House under Royal Patronage, Thailand Agricultural Cooperative Community Printing Company Limited; 2016. (in Thai)
9. Singhkum S and Chumnanborirak P. The community health network for improving quality of care for patients with chronic renal disease. *Mahasarakham Hospital Journal* 2019;16(3):149-58. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/244943/169762> (in Thai)
10. Kuhamanee U, Rodpakpai Y, Maharatphong N. Health literacy and the role of village health volunteers (VHVs) in preventing chronic disease. *Department of Medical Services Journal* 2020;45(1):137-42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/244774/166381> (in Thai)
11. Rasiri S, Intarakumhang Na Rachasima S, Rasiri T. The role of Thai public health volunteers. *Journal of Health Research and Development* 2021;7(2):80-97. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/250391/174231> (in Thai)
12. Buntham A. Guidelines for promoting Performing work according to the roles and responsibilities of Village health volunteers Chatrakan District Phitsanulok Province. 2nd National Academic Conference, 22 December 2015. Kamphaeng Phet: Kamphaeng Phet Rajabhat University 2015. (in Thai)

13. Ngasaengsai P, Sornsian P, and Phattharabenjapon S. A case study of health intelligence of village volunteers. *Isaan Journal of Pharmacy* 2014;9:82-7. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/16320/14864> (in Thai)
14. Gibson C H. A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 1991;16:354-361. doi: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x.
15. Benjamin S B. *Taxonomy of Education Objective Handbook 1 : Cognitive Domain*. New York: David Mackey Company, Inc. 1956.
16. Linjeen J, Sittisart V, Nawamawat J, Sritarapipat P. The development of health volunteers' competencies in non-communicable diseases screening: A systematic review. *Humanities, Social Sciences and Arts* 2019;12(6):1175-1191. Available from: <https://url.in.th/NVJTU> (in Thai)
17. Wongnim B. Development of Health Communication Competencies of Village Health Volunteers through the Participatory Process of Thawung District Health Network. *Singburi Hospital Journal* 2022;31(2) 54-67. Available from: <https://url.in.th/EZUIR> (in Thai)

Relationships between Predisposing Factors, Enabling Factors, and Reinforcing Factors with Chronic Disease Prevention Behaviors among People Aged 15 Years and Older in the Urban Community, Mueang District, Buriram Province

Received: Mar 25, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Siriluk Suwannawong, M.N.S.^{1*}

Jitprapa Rungruang, M.N.S.²

Trin Thipsut, M.N.S.³

Abstract

Introduction: Predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors are important for effectively promoting chronic disease prevention behaviors.

Research objectives: To study the predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors that can be used to prevent, chronic disease among people aged 15 years and older in the urban community, Mueang district, Buriram province.

Research methodology: This is a descriptive study. The sample group consisted of 422 people aged 15 years and over in the community in Mueang district, Buriram province Data was analyzed using Pearson's correlation coefficient statistics.

Results: Predisposing and reinforcing factors were significantly correlated with chronic disease prevention behaviors at the .05 level. In terms of predisposing factors, gender had a low negative correlation ($r = -.043, p < .05$), while educational level had a positive correlation ($r = .84, p < .05$), and stress level had a low positive correlation ($r = .075, p < .05$) with chronic disease prevention behaviors. Similarly, reinforcing factors, such as environmental care, had a positive correlation ($r = .30, p < .05$) with chronic disease prevention behaviors. In terms of enabling factors, income is significantly ($r = .049, p < .05$) with chronic disease prevention behavior.

Conclusion: The levels of chronic disease prevention among the sample group were moderate level. The predisposing factors, including gender, educational level, and stress, enabling factors, income, as well as the reinforcing factor of environmental care, were correlated with chronic disease prevention behaviors among individuals aged 15 and older in the urban community of Mueang district, Buriram province.

Implications: Nurses can use the information for this study to educate the general public as a guideline for preventing chronic disease through behavior modification.

Keywords: predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, prevention of chronic disease, communities in Mueang district

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Email: Siriluk.suw29@gmail.com

²⁻³Lecturer, ²Email: paiat834@gmail.com ³Email: trinthsut@gmail.com

¹Faculty of Nursing Western University, Buriram, Thailand.

²Faculty of Nursing And Allied Health Sciences Dhonburi Rajabhat University, Samut Prakan, Thailand.

³Faculty of Nursing Huachiew chalemprakit University, Samut Prakan, Thailand.

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

Received: Mar 25, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

ศิริลักษณ์ สุวรรณวงษ์ พย.ม.^{1*}

จิตรประภา รุ่งเรือง พย.ม.²

ตฤณ ทิพย์สุทธิ พย.ม.³

บทคัดย่อ

บทนำ: ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง
วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่สามารถใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรัง
ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง
จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 422 คน โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์
ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคเรื้อรังทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านปัจจัยนำ เพศ มีความสัมพันธ์เชิงลบต่ำ ($r = -.043$, $p < .05$) ขณะที่ระดับ
การศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = .84$, $p < .05$) และระดับความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่ำ ($r = .075$,
 $p < .05$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับปัจจัยเสริมในการดูแลสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวก
($r = .30$, $p < .05$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ในด้านปัจจัยเอื้อ รายได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r = .049$, $p < .05$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

สรุปผล: ระดับการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ
ระดับการศึกษา และความเครียด ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ และปัจจัยเสริม คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลสามารถใช้ข้อมูลในการศึกษานี้เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปเพื่อเป็นแนวทาง
ในการป้องกันโรคเรื้อรังด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คำสำคัญ: ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการป้องกันโรค ชุมชนเขตอำเภอเมือง

^{1*}Corresponding author อาจารย์ Email: Siriluk.suw29@gmail.com

²⁻³อาจารย์ ²Email: pairat834@gmail.com ³Email: trinthipsu@gmail.com.

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวินเทิร์ส บุรีรัมย์ ประเทศไทย

²คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี สมุทรปราการ ประเทศไทย

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ ประเทศไทย

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จากการประกอบอาชีพภาคการเกษตร เป็นภาคอุตสาหกรรมส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก มีวิถีชีวิตที่รีบเร่ง ขาดการออกกำลังกาย และมีความเครียดมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ทำให้เกิดโรคประจำตัว เช่น ระดับไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และภาวะน้ำหนักเกิน¹ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขต่อการเจ็บป่วย พิการนอนติดเตียง และตายก่อนวัยอันควร มีผลกระทบต่อถึงตัวบุคคลที่เป็นโรคประจำตัว ครอบครัว ชุมชน และจากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชน รัฐบาลจึงการออกรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้กำหนดไว้ในมาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลภาพต่าง ๆ ที่จำเป็นจนนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวจนถึงชุมชนของตนเอง

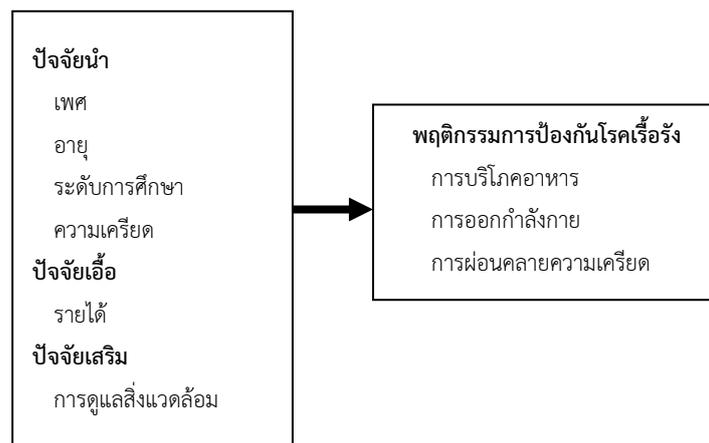
นโยบายเร่งด่วนเพื่อการสร้างพลเมืองไทยให้มีสุขภาพดี ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560¹ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ได้กำหนดเป้าหมายหลักไว้ว่า การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงความพร้อมการเป็นสังคมสูงวัย² นอกจากนี้ ยังให้มีการเปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศในเรื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งการเข้าใจธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในช่วงวัย สามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังได้ ซึ่งคำว่าโรคเรื้อรังคือ โรคที่ติดตัวประชาชนที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประชาชนต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทำให้เกิดโรคเรื้อรัง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน³ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พบว่า เพศ ($r = .138, p < .05$) รายได้ ($r = .202, p < .05$) ความเครียด ($r = .427, p < .01$)⁴ และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง (คะแนน 6 - 8 คะแนน) ร้อยละ 49.2 มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ย 6.03 คะแนน⁵ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของนักเรียน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ⁶ นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย พบว่า อายุ สถานภาพสมรส แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วย แต่ เพศ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตนเอง⁷ ซึ่งการศึกษาที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองเป็นสังคมเมืองประชาชนทำงานนอกบ้าน ซึ่งอาหารรับประทาน อาจทำให้ผลการวิจัยอาจมีความแตกต่างจากงานวิจัยอื่นที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับประชาชนทั่วไป และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก “สหปัจจัย” (Multiple factors) ดังนั้นจะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูล

ในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งตรงกับแนวคิด คือ PRECEDE - PROCEED MODEL⁸ ที่บอกถึง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมไว้ 3 กลุ่มปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด 2) ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นทรัพยากรที่เอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ รายได้ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลสิ่งแวดล้อม โดยข้อมูลปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อการเกิดโรคประจำตัว ในการสะท้อนภาพปัญหาสาธารณสุข ที่จะใช้ในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อดำเนินงานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรในพื้นที่ เป็นแนวทางในการแก้ไขและป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังให้แก่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE - PROCEED MODEL ของ Green & Kreuter⁸ มาใช้เป็นแนวทาง ในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัยแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก “สหปัจจัย”(Multiple factors) ดังนั้นจะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ ขั้นตอนการประเมินผลการศึกษาและนิเวศวิทยาที่เป็นการประเมินตัวสาเหตุของพฤติกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ ในขั้นตอนนี้ได้จำแนกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไว้ 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลสิ่งแวดล้อม ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมดังที่กล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ (Correlational study design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลสุขภาพดีเยี่ยม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งหมด 647,688 คน⁹
 กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 422 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่อยู่ในหมู่บ้าน ในตำบล เขตอำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลกระสัง ตำบลหนองตาต ตำบลหนองโพรง ตำบลโครกหัวช้าง และตำบลปราสาท โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง และไม่เป็นโรคเรื้อรังที่ติดตัวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประชาชนต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ และ 2) ประชาชนที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ประชาชนที่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสัดส่วนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan¹⁰ ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{X^2 N p (1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p (1-p)}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

N = ขนาดของกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งหมด 647,688 คน⁹

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e = .05)

X² = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X² = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี เขตสุขภาพที่ 6 จึงกำหนดให้ p มีค่าเท่ากับ .5

แทนค่าจากสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{3.841 * 647,688 * .5(1-.5)}{.05 * .05(647,688-1) + 3.841 * .5(1-.5)} \\ &= \frac{621,942.402}{1,620.17775} = 383.87 \end{aligned}$$

ขนาดตัวอย่างได้เท่ากับ 384 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นในครั้งนี้ต้องมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 422 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นำใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างแบบชั้น (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกกลุ่มตัวอย่างในตำบลของอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ทั้งหมด 5 แห่ง ได้แก่ ตำบลกระสัง ตำบลหนองตาด ตำบลหนองโพรง ตำบลโครกหัวช้าง และตำบลปราสาท
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อประชาชนในตำบลกระสัง ตำบลหนองตาด ตำบลหนองโพรง ตำบลโครกหัวช้าง และตำบลปราสาท ทั้ง 5 แห่ง
3. ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แห่งละ 160 คน รวม 800 คน
4. คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 422 คน จาก 5 ตำบล โดยใช้สูตรคำนวณสัดส่วนในการสุ่ม ดังนี้ $n = n/N \times 100$ แทนค่า $n = 422/800 \times 100 = 52.75\%$ ดังนั้น จะได้สัดส่วนร้อยละ 53 ของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่อยู่ ชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน จำแนกตามตำบลในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์

ชื่อตำบล	จำนวนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตำบลกระสัง	160	84
ตำบลหนองตาด	160	84
ตำบลหนองโพรง	160	84
ตำบลโครกหัวช้าง	160	85
ตำบลปราสาท	160	85
รวม	800	422

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE - PROCEED MODEL ในขั้นตอนที่ 3 ของ Green & Kreuter⁸ ประกอบด้วย 6 แบบสอบถาม ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามความเครียด จำนวน 5 ข้อ¹¹ 3) แบบสอบถามการบริโภคอาหาร จำนวน 16 ข้อ¹² 4) แบบสอบถามการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ¹² 5) แบบสอบถามการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 9 ข้อ¹² 6) แบบสอบถามการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 12 ข้อ¹²

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ถ้อยคำสำนวน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้แก่ แบบสอบถามการบริโภคอาหาร ได้เท่ากับ .90 แบบสอบถามการออกกำลังกาย ได้เท่ากับ .94 แบบสอบถามการผ่อนคลายความเครียด ได้เท่ากับ .80 แบบสอบถามการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้เท่ากับ .85 และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับนักเรียนที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เสนอต่อผู้บริหารและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามข้อสงสัยได้ จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างให้เวลาตอบประมาณ 30 นาที ในการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามใช้รหัสแทน ชื่อ - สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัยแบบสอบถามที่รับกลับ มีการตอบได้ครบถ้วน ความสมบูรณ์ จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อ ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2566

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสือรับรองที่ บร 0033.002/6647 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BRO 2023 - 112 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2566 และทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้บริหารที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามและให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจด้วยตนเองในการจะเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีเงื่อนไข รวมถึงแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ การยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามตอบกลับคืนที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 422 ชุด นำวิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 422 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.20 อายุระหว่าง 40 - 85 ปี ร้อยละ 77.50 อายุเฉลี่ย 52.64 (SD = .78) ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 4.30 เรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.60 เรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 14.70 เรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 11.10 เรียนอนุปริญญา ร้อยละ 2.80 และเรียนปริญญาตรี ร้อยละ 4.50 สถานภาพการสมรส โสด ร้อยละ 21.30 สมรส ร้อยละ 65.40 หม้าย ร้อยละ 10.70 และหย่า ร้อยละ 2.60 มีรายได้เฉลี่ยของทุกคนในครอบครัวรวมกันต่อเดือนอยู่ที่ 600 - 6,000 บาท ร้อยละ 69.40 และรายได้ 6,001 - 90,000 บาท ร้อยละ 30.60 (SD = .02) และประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.80 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.20

2. การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขต อำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์
กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (M = 3.04, SD = .52) การออกกำลังกาย (M = 2.60, SD = 1.12) การผ่อนคลายความเครียด (M = 2.74, SD = .92) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (N = 422)

การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	M	SD	ระดับ
การบริโภคอาหาร	3.04	.52	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.60	1.12	ปานกลาง
การผ่อนคลายความเครียด	2.74	.92	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	2.79	.60	ปานกลาง

3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา และความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.043$, $r = .084$, $r = .075$, $p < .05$) และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ($r = -.081$, $p = .099$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ($r = .049$, $p < .05$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลสุขภาพดีเยี่ยม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปชุมชนเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ ($r = .300$, $p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง (N = 422)

ปัจจัยที่ศึกษา	การป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
เพศ	-.043	.004**
อายุ	-.081	.099
ระดับการศึกษา	.084	.000**
ความเครียด	.075	.000**
ปัจจัยเอื้อ		
รายได้	.049	.045**
ปัจจัยเสริม		
การดูแลสุขภาพดีเยี่ยม	.300	.000**

** $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.79$, $SD = .60$) เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังในกลุ่มวัยกลางคนซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ พบว่า การป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.49, SD = .43$)¹³ ยังอธิบายได้ว่าการป้องกันโรคประจำตัว หรือพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ยังมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังไม่เหมาะสมพอซึ่งตรงกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Green & Kreuter⁸ ที่บอกว่า สำคัญมากแต่เปลี่ยนแปลงได้น้อย¹⁴ เช่น การรับประทานอาหารจัดป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังได้

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ความเครียด รายได้ และการดูแลสิ่งแวดล้อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าตัวแปร 5 ตัวนี้มีผลต่อการป้องกันโรคประจำตัวของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ดังนี้

ปัจจัยนำ เป็นลักษณะนิสัยส่วนบุคคลหรือข้อมูลที่อยู่ภายในตัวบุคคล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ซึ่งจะอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ดังนี้ 1) เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับต่ำกับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจทำให้เพศส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการตนเองของโรคติดเชื้อที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง ($p = .016$) มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อ เนื่องจากเพศหญิงมีบทบาทที่เป็นผู้ตามอาจทำงานในบ้าน เพศชายเป็นผู้นำครอบครัวทำงานนอกบ้านมีการเข้าสังคมกับเพื่อน มีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ละเลยการบริโภค อาหาร และขาดการออกกำลังกาย มากกว่าเพศหญิง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อมากกว่าเพศหญิงได้¹⁵ 2) ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคประจำตัวของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน เขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังตามหลัก 3อ.2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษา มีความรู้ เข้าใจ ในการป้องกันการโรค รวมถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดได้¹⁶ 3) ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ($r = .427, p < .01$)⁴

ปัจจัยเอื้อ บ่งบอกถึงความสะดวกในการเข้าถึงการรับบริการได้สะดวกโดยตรง และทำให้เกิดพฤติกรรม สุขภาพได้ แต่ด้วยประชาชนอาจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ประชาชน เป็นโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก และขาดการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องประกอบอาชีพ สร้างรายได้ ดังนั้น รายได้ จึงมีความสัมพันธ์ทางสถิติ กับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ($r = .049, p < .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะบริบทของสังคมเมือง และสภาพ ทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันทำให้รายได้เฉลี่ยของทุกคน ในครอบครัวรวมกันต่อเดือนอยู่ที่ 600 – 6,000 บาท ส่งผลถึงการป้องกันโรคประจำตัวของประชาชนได้

ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะ และแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่นการดำเนินชีวิตในสังคม ปัจจุบัน สภาพแวดล้อม การดำรงชีวิต ซึ่งจะอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังนี้ การดูแลสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์

ทางสถิติกับการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300, p < .05$) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะบริบทความเป็นอยู่ของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม ร่วนส่งผลถึงการป้องกันโรคประจำตัวของประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษาปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความเครียด ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การดูแลสิ่งแวดล้อม เป็นข้อมูลที่สำคัญแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ในการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันโรคเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ และภูมิภาคอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเชิงลึกการดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบมากที่สุด ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง และปรับปรุงการดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเครียด และส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชน

References

1. Strategy and Planning Division. Public health statistics A.D. 2019. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297> (in Thai)
2. Royal Gazette. Announcement of the Cabinet Secretariat regarding the organization of information systems of the Cabinet Secretariat 2022. Bangkok: Cabinet Secretariat; 2022. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/201/T_0044.PDF (in Thai)
3. Iamsa-ad W, Waewwab P. Factors related to preventive behaviors in Aedes mosquito-borne diseases among population aged over 15 years in Rayong province. Dis Control Journal 2022;48(2):263-77. (in Thai)
4. Mongkolmoo S, Toonsiri C, Homsin P. Factors related to health literacy for Hypertension prevention among high-risk individuals in Nadee district, Prachinburi province. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2022;17(2):168-75. (in Thai)
5. Khanaroek S, Chanpet U. Health behavior of the working age population aged 15-59 in health regional 5 area. Chophayom Journal 2019;30(1):153-64. (in Thai)
6. Thongmak B. Health literacy and health behavior according to the national health recommendations in grade 8 student at school in Samut Sakhon province. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office 2022;7(2):50-61. (in Thai)
7. Sasang U, Krongyuth S, Chananin Y. Factors associated with self-care behaviors of patients with non-communicable diseases. Journal of Nursing and Education 2022;14(4):45-58. (in Thai)
8. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
9. Ministry of Labor, fiscal year 2023, Buriram province. General knowledge about medicine. Buriram: Buriram Provincial Labor Office; 2023. Available from: <http://buriram.go.th/labour/doc/labour-3-66.pdf> (in Thai)

10. McKee G, Codd M, Dempsey O, Gallagher P, Comiskey C. Describing the implementation of an innovative intervention and evaluating its effectiveness in increasing research capacity of advanced clinical nurses: using the consolidated framework for implementation research. *BMC Nurse*. 2017;16-21.
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress assessment form, department of Mental Health STSP 20. 2007. Available from: <https://dmh.go.th/test/> (in Thai)
12. Best JW. *Research in education*. New Delhi: Prentice Hall; 1981. Available from: <https://url.in.th/zwkLO>
13. Getchinda N, Junprasert S, Rattanaagreeethakul S. Factors predicting preventive behavior for chronic illness among middle-aged persons. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2018;26(4):30-9. (in Thai)
14. Bandura A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1986.
15. Korissaranuphab N, Samrannet W, Arsa P. Factors related to self protective behaviors for Coronavirus disease 2019 infection among type 2 Diabetic patients. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2022;25(1):43-55. (in Thai)
16. Layanan P, Pusapukdepop J, Khemthong A. Factors related to Hypertension preventive behaviors according to 3E.2S. of the risk group in a Sub-District Kabinburi district Prachinburi province. *The Public Health Journal of Burapha University* 2023;18(2):45-59. (in Thai)

บทความวิจัย

Effects of PBRI's Model Implementation on Prevention and Control for Non - Communicable Disease among People Living in Muang Phayao, Phayao Province

Aekkaphan Khampeera, M.N.S.¹Tanee Glomjai, Ph.D.²Varanyakron Nojai, N.P.H.³Amporn Yana, M.N.S.^{4*}

Received: Feb 7, 2024

Revised: Aug 15, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Abstract

Introduction: Non - communicable diseases (NCDs) are a cause of death worldwide. Therefore, screening, prevention, and control remain the best methods for managing these diseases. The concept of the Praboromarajchanok Institute model or PBRI's Model is an effective method for managing NCDs in present.

Research objectives: To compare knowledge, attitudes, and prevention - control skills of NCDs before and after using the concept of PBRI's Model and compare SPB, DPB, DTX before and after using the concept of PBRI's Model in people Bantom Subdistrict, Mueang Phayao District, Phayao province.

Research methodology: This quasi - experimental research was one group pre-posttest design. Seven hundred and two participants were selected by a simple random sampling. Data were collected during April to November, 2023. The research instruments were questionnaires developed by the researcher. The content validity were tested and approved by five experts, with a result of .94. The reliability of knowledge, attitude and prevention - control skill questionnaires were .97, .87, and .87 respectively. Data were analyzed using descriptive statistic and paired sample t - test.

Results: When comparing before and after using the concept of PBRI's Model, the mean blood pressure of the sample group decreased: systolic blood pressure (SBP) ($M_{\text{before}} = 131.94$, $M_{\text{after}} = 128.71$, $p < .001$); dyastolic blood pressure (DPB) ($M_{\text{before}} = 79.16$, $M_{\text{after}} = 78.08$, $p < .001$) and dextrostix (DTX) ($M_{\text{before}} = 100.96$, $M_{\text{after}} = 98.71$, $p < .001$). Moreover, mean scores on knowledge, attitudes, and prevention - control skills of NCDs significantly increased ($p < .001$, $p < .001$ and $p < .001$ respectively).

Conclusion: The concept of PBRI's model can be effectively applied in screening, prevention, and control for the risk of NCDs.

Funding: Boromarajonani College of Nursing, Phayao

^{1,3}Lecturer ¹Email: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th, ³Email: varunyakon.n@bcnpy.ac.th

²Assistant Professor Email: thanee@bcnpy.ac.th

^{4*}Corresponding author: Lecturer ⁴Email: amphorn.y@bcnpy.ac.th

¹⁻⁴Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Phayao, Thailand.

Implications: Healthcare providers can apply the concept PBRI's model to screen the severity of various diseases in communities such as depression, stress, and metabolic syndrome.

Keywords: NCDs, PBRI's model, diabetes mellitus, hypertension

ผลของการใช้แนวคิด สบช. โมเดล ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

เอกพันธ์ คำภีระ พย.ม.¹ธานี กล่อมใจ พร.ด.²วรัญญากรณ์ โนใจ ส.ม.³อัมพร ยานะ พย.ม.^{4*}

Received: Feb 7, 2024

Revised: Aug 15, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญไปทั่วโลก ดังนั้น การคัดกรอง ป้องกันและควบคุม ยังคงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการจัดการโรคเหล่านี้ แนวคิดสถาบันพระบรมราชชนก โมเดล หรือ สบช. โมเดล เป็นวิธีการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล และศึกษาเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความดันโลหิตตัวล่าง และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล ของประชาชนอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดผลก่อน - หลัง กลุ่มตัวอย่าง 702 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงพฤศจิกายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้เท่ากับ .94 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เท่ากับ .97, .87 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อน - หลังโดยใช้สถิติ Paired Sample t - test

ผลการวิจัย: เมื่อเปรียบเทียบก่อน - หลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (ค่าเฉลี่ยก่อน = 131.94, ค่าเฉลี่ยหลัง = 128.71, $p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (ค่าเฉลี่ยก่อน = 79.16, ค่าเฉลี่ยหลัง = 78.08, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (ค่าเฉลี่ยก่อน = 100.96, ค่าเฉลี่ยหลัง = 98.71, $p < .001$) ทุกค่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

สรุปผล: แนวคิด สบช. โมเดล สามารถนำมาใช้ในการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำแนวคิด สบช. โมเดล ไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรองความรุนแรงของโรคอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สบช. โมเดล โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

แหล่งทุน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

^{1,3}อาจารย์ ¹Email: aekkaphan.k@bcnpy.ac.th ³Email: varunyakon.n@bcnpy.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: thanee@bcnpy.ac.th,

^{4*}Corresponding author อาจารย์ Email: amphorn.y@bcnpy.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง¹⁻² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคร่าชีวิตคนทั่วโลกไปถึงร้อยละ 71 หรือประมาณ 41 ล้านคนของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก มีช่วงอายุระหว่าง 30 - 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และมีรายได้ปานกลาง¹ ในประเทศไทย มีการสำรวจประชาชนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2563) พบว่า โรคเบาหวานมีความชุกของโรคสูงขึ้น ร้อยละ 8.90 และตรวจยังพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบความชุกสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 24.70² และเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability - Adjusted Life Year: DALY) เป็นดัชนีวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม โดยวัดการสูญเสียทางสุขภาพจากความเจ็บป่วย พิการ และการตาย ในหน่วยนับเป็นปี ซึ่งหนึ่งหน่วยปีสุขภาวะที่สูญเสีย (1 DALY) เท่ากับการสูญเสียเวลาของการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ไปจำนวน 1 ปี การสูญเสียนี้อาจเกิดจากการตายก่อนถึงวัยอันควร หรืออาจเกิดจากการมีชีวิตอยู่ด้วยความเจ็บป่วย หรือพิการ ซึ่ง WHO รายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี³ ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วย มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และปัจจัยอื่น ๆ ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น ด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 10.30 ต่อปี โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล และผลิตผลของประชากรที่สูญเสียไป ยังไม่รวมถึงความสูญเสียทางสังคมจากการขาดงาน การปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย⁴

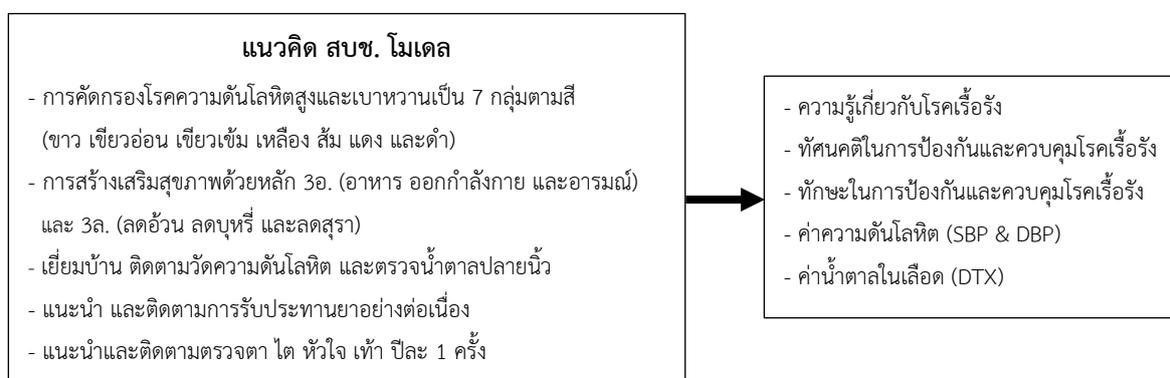
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคล มีการสะสมอาการอย่างต่อเนื่องค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป และเมื่อมีอาการของโรคแล้ว มักเกิดอาการเรื้อรังของโรคตามมา จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุดในประเทศไทยมีถึง 6 โรค⁵ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง โดยเฉพาะอัตราป่วยของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน จากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ โรคเบาหวาน คือ โรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในกระบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยกระบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อน้ำตาลไม่ได้ถูกใช้จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติ⁶ และโรคความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยจากการตรวจครั้งแรกที่สถานพยาบาลมีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) ขึ้นไป ผู้ที่มีความดันโลหิตในเกณฑ์เป็นโรคความดันโลหิตสูงนี้ ให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้เลย แม้ว่าอาจไม่มีอาการใด ๆ และแม้ว่าผลการตรวจประเมินจะพบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สูง⁷ ดังนั้น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ หากมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม

สิ่งที่สำคัญในการลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง คือ การตรวจคัดกรอง (Screening test) ในการค้นหาผู้ที่ไม่มีอาการ เพื่อการวินิจฉัย และให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมุ่งป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากทั้งโรคเหล่านี้ในระยะยาว⁸ ดังนั้น การคัดกรองก็จะทำให้ประชาชนรับรู้สาเหตุของการเกิดโรค การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ เพราะการรับรู้สิ่งเหล่านี้ทำให้พฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีประสิทธิภาพมากขึ้น⁹ โดยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดยใช้เครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสียง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) และกลุ่มโรคแทรกซ้อน (สีดำ) เพื่อนำมาใช้ในการจัดระดับความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁰ และมีคำแนะนำสำหรับแต่ละกลุ่มให้ปฏิบัติตามโดยใช้หลักการ 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) 3ล. (ลดสุรา บุหรี่ และลดอ้วน) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการรับรู้ เกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป¹¹ ปี พ.ศ. 2565 สถาบันพระบรมราชชนก ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับเป็นแนวคิด สบช. โมเดล ใช้คัดกรองประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทุกรายในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละวิทยาลัย ฯ มีการจัดมาตรการ 3อ.3ล. ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{10,12} เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดที่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่บูรณาการพันธกิจอุดมศึกษาสู่ชุมชนสุขภาวะ (สบช. โมเดล) จะไปจัดการสถานะทางสุขภาพของประชาชน เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือให้ประชาชนมีสุขภาวะ¹²

ในปี พ.ศ. 2565 ประชาชนในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 12,619 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 8,880 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.37 โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 80 ราย ในจำนวนนี้มีอัตราการตายจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 10.72 และข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีเดียวกัน มีจำนวนทั้งหมด 8,830 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.97 โดยเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 189 ราย และในจำนวนนี้มีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.39 ซึ่งจะเห็นได้ว่าตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา มีแนวโน้มการพบผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรค จึงนำแนวคิด สบช. โมเดล มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิด การวิจัย เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวคิด สบช. โมเดล และเปรียบเทียบผลก่อนหลังการใช้แนวคิดร่วมด้วย เพื่อให้ประชาชนตื่นตัว และกลับมาสนใจดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้กลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวคิด สบช. โมเดล ในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน ในตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ทักษะคติ และทักษะในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของประชาชนในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต (SBP & DBP) และค่าน้ำตาลในเลือด (DTX) ของประชาชน ในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล

สมมติฐานการวิจัย

หลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล ประชาชนมีความรู้ ทักษะคติ และทักษะการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการใช้แนวคิดดังกล่าว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มเดียววัดผลก่อน - หลัง ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา มีจำนวน ทั้งหมด 12,619 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากหมู่บ้าน ได้หมู่บ้าน 3, 5, 6 และ 8 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ สามารถพูด ฟัง ภาษาไทยได้ และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤศจิกายน 2566 เก็บข้อมูลทุกรายที่มาคัดกรองครั้งแรก ได้จำนวน 702 ราย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำแนกกลุ่มตัวอย่างตามหมู่บ้าน (N = 702)

หมู่	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	คิดเป็นร้อยละ
3	137	19.52
5	231	32.91
6	267	38.03
8	67	9.54
รวม	702	100.00

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็น 7 กลุ่มตามสี (ขาว เขียวอ่อน เขียวเข้ม เหลือง ส้ม แดง และดำ) ดังตารางที่ 2 การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) และ 3ล. (ลดอ้วน ลดบุหรี่ และลดสุรา) เยี่ยมบ้าน ติดตามวัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว แนะนำ และติดตาม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำและติดตามตรวจตา ไต หัวใจ เท้า ปีละ 1 ครั้ง โปรแกรมการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อจำแนกสีตามแนวคิด สบช. โมเดล โดยแต่ละกลุ่มสีจะรับกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแยกตามกลุ่มสี ดังตารางที่ 3

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 34 ข้อ มีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 28 - 34 คะแนน คือ มีความรู้สูง 21 - 27 คะแนน คือ มีความรู้ปานกลาง และ 0 - 20 คะแนน คือ มีความรู้ต่ำ ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนน ดังนี้ 72 - 100 คะแนน คือ ทักษะดีสูง 47 - 71 คะแนน คือ ทักษะดีปานกลาง และ 20 - 46 คะแนน คือ ทักษะดีต่ำ และส่วนที่ 4 ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ 5 - 7 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3 - 4 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1 - 2 ครั้ง/สัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 51 ข้อ การแปลผลคะแนน ดังนี้ 188 - 204 คะแนน คือ ปฏิบัติในระดับมาก 120 - 187 คะแนน คือ ปฏิบัติในระดับปานกลาง และ 51 - 119 คะแนน คือ ปฏิบัติในระดับน้อย

ตารางที่ 2 แบบคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานโดยใช้แนวคิด สปช. โมเดล

ความรุนแรง	กลุ่มสี	โรคความดันโลหิตสูง	โรคเบาหวาน
กลุ่มปกติ	สีขาว	<120/80 mmHg	DTX <100 mg/dl
กลุ่มเสี่ยง	สีเขียวอ่อน	120-139/81-89 mmHg	DTX 100-125
กลุ่มป่วย	สีเขียวเข้ม	≤ 139/89 mmHg	DTX ≤125 mg/dl
	สีเหลือง	140-159/90-99 mmHg	DTX 126-154 mg/dl HbA1C<7
	สีส้ม	160-179/100-109 mmHg	DTX 155-182 mg/dl HbA1C 7-8
	สีแดง	>180/110 mmHg	DTX >183 mg/dl HbA1C>8
กลุ่มโรคแทรกซ้อน	สีดำ	มีภาวะแทรกซ้อน	มีภาวะแทรกซ้อน

ตารางที่ 3 การจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแยกตามกลุ่มสี

การจำแนกกลุ่ม	กลุ่มสี	โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กลุ่มปกติ BP<120/80 mmHg DTX<100 mg/dl	สีขาว	1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน 2. ให้ความรู้เรื่องป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3อ.3ล.) อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดอ้วน ลดบุหรี่ และลดดื่มสุรา ¹⁰⁻¹²
	สีเขียวอ่อน	1. และ 2. เหมือนกลุ่มปกติ 3. เยี่ยมบ้าน วัดความดันโลหิต และตรวจน้ำตาลทุก 3 เดือน 4. แนะนำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบ เพื่อพบแพทย์ 5. เน้นติดตามให้ปฏิบัติลดหวาน มัน และเค็ม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
กลุ่มป่วย BP ≤ 139/89 mmHg DTX ≤125 mg/dl	สีเขียวเข้ม	1 - 5 เหมือนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง
	สีเหลือง	1 - 5 เหมือนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง 6. แนะนำ และติดตามการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 7. แนะนำและติดตามตรวจตา ไต หัวใจ เท้า ปีละ 1 ครั้ง
BP 140-159 /90-99 mmHg DTX 126-154 mg/dl HbA1C<7		

ตารางที่ 3 การจัดกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแยกตามกลุ่มสี (ต่อ)

การจำแนกกลุ่ม	กลุ่มสี	โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
BP 160-179 /100-109 mmHg DTX 155-182 mg/dl HbA1C 7-8	สีส้ม	1 - 7 เหมือนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม และสีเหลือง) 8. ได้รับการประสานงานให้เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน
BP >180/110 mmHg DTX >183 mg/dl HbA1C>8	สีแดง	1 - 8 เหมือนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง และสีส้ม)
กลุ่มภาวะแทรกซ้อน	สีดำ	ระยะวิกฤต - เมื่อมีอาการผิดปกติ สัญญาณเตือน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ปากเขียว พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ให้รีบนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โทรเรียก 1669 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน - ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้เท่ากับ .94 และตรวจสอบเครื่องมือคัดกรอง คือ เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ และเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว โดยการ Calibration ก่อนการนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ตสัน 20 (Kuder - Richardson 20) ได้เท่ากับ .97 ด้านทัศนคติ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการวิจัย

1) เตรียมทีมวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่ ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะขอทำการศึกษาวิจัย และประชุมทีมวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน ดังนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัย แนวคิด สบช. โมเดล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการจัดส่งข้อมูลให้ผู้วิจัย

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้แก่ หมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 หมู่ที่ 6 และหมู่ที่ 8 เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัยและติดตามประเมินผล จากนั้นอบรมให้ความรู้กับกลุ่ม อสม. ที่ได้รับคัดเลือกเป็นผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัย แนวคิด สบช. โมเดล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการจัดส่งข้อมูลให้ผู้วิจัย

3) เตรียมชุมชน ผู้วิจัยประสานงานกับพื้นที่เพื่อขอเข้าเก็บงานวิจัย ชี้แจงรายละเอียด และนัดวันเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย โดยใช้กระบวนการ ดังนี้ กำหนดแผนการดำเนินงาน จัดประชุมแกนนำชุมชน ตัวแทนกลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) บุคลากรประจำ รพ.สต. ในการกำหนดแผนการดำเนินการ ขั้นตอนการทำงาน

ขั้นตอนการวิจัย

- 1) ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทักษะคิด และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนการใช้แนวคิด สบช. โมเดล
 - 2) จัดมหกรรมคัดกรองโรคเรื้อรังในประชาชนตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคน โดยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีการวัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (Digital sphygmomanometer) และคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX)
 - 3) ทีมวิจัย และทีมผู้ช่วยวิจัย (อสม.) ลงพื้นที่คัดกรองโรคเรื้อรัง สำหรับประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในหมู่ที่ 3, 5, 6 และหมู่ที่ 8 ที่ไม่ได้เข้าร่วมการคัดกรองในวันมหกรรม ให้ครบร้อยละ 100
 - 4) นำผลจากการคัดกรองความดันโลหิตสูง และน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วของกลุ่มตัวอย่างมาจัดแยกตามความรุนแรงของประชาชนตามแนวคิด สบช. โมเดล
 - 5) ให้การดูแลตามกลุ่มสีที่ได้คัดแยกไว้ตามแนวคิด สบช. โมเดล โดยใช้มาตรการ 3อ.3ล. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดอ้วน ลดบุหรี่ และลดสุรา) โดยทีมนักวิจัย และผู้ช่วยวิจัย (อสม.) รายละเอียด ดังนี้
เดือนที่ 1 - 2 (กลุ่มปกติ กลุ่มเสียง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) ให้ความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ตามแนวคิด สบช.โมเดล และบันทึกผลการติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ โดยทีมวิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัย (อสม.) แยกตามหมู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง
เดือนที่ 3 - 4 (กลุ่มเสียง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) สนทนากลุ่ม แยกตามการคัดกรองความเสี่ยง สบช. โมเดล (ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี) เพื่อทำความเข้าใจ ปรับทัศนคติ โดยการอภิปราย และวางแผนกิจกรรมตามมาตรการ 3อ.3ล. แยกตามหมู่บ้าน โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง
เดือนที่ 5 - 6 ทีมผู้ช่วยวิจัย (อสม.) จะกระตุ้นเตือนให้กลุ่มปกติ กลุ่มเสียง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน ปฏิบัติตามแผนกิจกรรม 3อ.3ล. ติดตามด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน (ทีมวิจัยแยกตามหมู่บ้านตามเขตรับผิดชอบ) โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง
เดือนที่ 6 ประเมินความรู้ ทักษะคิด และทักษะการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล (หลังจากสอบถามครั้งแรก 6 เดือน) โดยใช้แบบสอบถามเดียวกับก่อนดำเนินการวิจัย โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง
 - 6) จัดมหกรรมคัดกรองโรคเรื้อรังครั้งที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และคัดกรองโรคเบาหวานซ้ำ และคนที่ไม่มาร่วมงานมหกรรม ทีมวิจัย และทีมผู้ช่วยวิจัย (อสม.) ลงพื้นที่คัดกรองโรคเรื้อรังไปในหมู่ที่ 3, 5, 6 และหมู่ที่ 8 โดยใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน ให้ครบร้อยละ 100 โดยใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมงต่อครั้ง
- ### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ผ่านการพิจารณาอนุมัติเมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2566 เลขที่โครงการ REC 009/66 และมีหนังสือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอเฉพาะภาพรวมเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างอยากถอนตัวระหว่างงานวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลา ไม่มีการบังคับใด ๆ ทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพครอบครัว อาชีพ รายได้เฉลี่ย และโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ทักษะคติ และทักษะในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อน - หลัง การวิจัย โดยใช้สถิติ Paired samples t - test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

3) ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ค่าความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) และค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX) วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired samples t - test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 702 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.40 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 63.80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.20 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 30.30 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,001 – 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.10 คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.20 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.00 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 13.70 โรคหัวใจ ร้อยละ 2.60 และโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น โรคเกาต์ โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ร้อยละ 12.80

การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โดยใช้แนวคิด สบช. โมเดล ก่อน - หลัง การวิจัย ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 702 ราย พบว่า โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มปกติ (สีขาว) มีจำนวนเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม - เหลือง - ส้ม - แดง) มีจำนวนลดลง และกลุ่มภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) มีจำนวนเท่าเดิม และการคัดกรองโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มปกติ (สีขาว) มีจำนวนเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม - เหลือง - ส้ม - แดง) มีจำนวนลดลง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยใช้แนวคิด สบช. โมเดล (N = 702)

ข้อมูลการจัดกลุ่มสีตามแนวคิด สบช. โมเดล	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง				
กลุ่มปกติ สีขาว BP <120/80 mmHg	217	30.90	246	35.00
กลุ่มเสี่ยง สีเขียวอ่อน BP 120-139 /81-89 mmHg	150	21.40	140	19.90
กลุ่มป่วย สีเขียวเข้ม BP ≤ 139/89 mmHg	134	19.10	135	19.20
สีเหลือง BP 140-159 /90-99 mmHg	159	22.60	143	20.40
สีส้ม BP 160-179 /100-109 mmHg	31	4.40	31	4.40
สีแดง BP >180/110 mmHg	8	1.10	4	.60
กลุ่มภาวะแทรกซ้อน สีดำ มีภาวะแทรกซ้อน	3	.40	3	.40

ตารางที่ 4 การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานโดยใช้แนวคิด สบช. โมเดล (N = 702)

ข้อมูลการจัดกลุ่มสีตามแนวคิด สบช. โมเดล	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การคัดกรองโรคเบาหวาน				
กลุ่มปกติ สีขาว DTX <100 mg/dl	402	57.30	441	62.80
กลุ่มเสี่ยง สีเขียวอ่อน DTX 100-125 mg/dl	163	23.20	125	17.80
กลุ่มป่วย สีเขียวเข้ม DTX ≤125 mg/dl	67	9.50	68	9.70
สีเหลือง DTX 126-154 mg/dl HbA1C<7	46	6.60	44	6.30
สีส้ม DTX 155-182 mg/dl HbA1C 7-8	15	2.10	15	2.10
สีแดง DTX >183 mg/dl HbA1C>8	9	1.30	9	1.30
กลุ่มภาวะแทรกซ้อน สีดำ มีภาวะแทรกซ้อน	0	.00	0	.00

เมื่อนำคะแนนกลุ่มตัวอย่าง 702 ราย มาเปรียบเทียบกับก่อน - หลังการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช.โมเดล มีความรู้ ทักษะคติ ทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) และการประเมินโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความดันโลหิตค่าบน (SBP), ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) และค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) พบว่า ทุกค่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคติ และทักษะการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล (N = 702)

การเปรียบเทียบ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	16.24	1.93	23.68	2.66	-88.04	701	.000*
ระดับสูง	0	0	375.00	53.40			
ระดับปานกลาง	37.00	5.30	326.00	46.40			
ระดับต่ำ	665.00	94.70	1.00	.10			
2. ทักษะคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	72.22	5.40	75.05	4.65	-17.14	701	.000*
ระดับสูง	307.00	43.70	375.00	53.40			
ระดับปานกลาง	393.00	56.00	326.00	46.40			
ระดับต่ำ	2.00	.30	1.00	.10			
3. ทักษะการป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (3อ.3ล.)	91.66	17.33	101.59	18.49	-36.65	701	.000*
ระดับมาก	0	0	0	0			
ระดับปานกลาง	49.00	7.00	103.00	14.70			
ระดับน้อย	653.00	93.00	599.00	85.30			
4. ความดันโลหิตตัวบน (SBP)	131.94	16.21	128.71	16.79	10.18	701	.000*
5. ความดันโลหิตตัวล่าง (DBP)	79.16	9.07	78.08	9.00	5.96	701	.000*
6. ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)	100.96	25.05	98.71	25.12	41.65	701	.000*

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลก่อน – หลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทัศนคติ ทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Juwa, Wongwat, & Manoton¹¹ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมระดับความรุนแรงของโรคของกลุ่มทดลอง เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.38$, $p < .001$, $t = -10.42$, $p < .001$ และ $t = -20.40$, $p < .001$ ตามลำดับ) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Chamchan¹³ ที่พบว่า เมื่อมีการจัดทำนวัตกรรมภาพพลิกปิงปองจราจร 7 + 1 สี และแผ่นพับปิงปองจราจร 7 + 1 สี ซึ่งประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ของกระทรวงสาธารณสุข มีความง่ายต่อการให้ความรู้ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถเข้าใจเนื้อหาความรู้ได้ง่าย นำไปปฏิบัติได้ ทำให้มีอัตราป่วยโรคเบาหวานลดลงอย่างต่อเนื่อง และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamjumroon & Phatisena¹⁴ พบว่า หลังทำกิจกรรมโดยใช้ปิงปองจราจร 7 สี อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง ร้อยละ .31 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 41.03 ผู้ป่วยเบาหวานที่พบภาวะแทรกซ้อนได้รับการติดตามส่งต่อเพื่อการรักษา ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างก็สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ดีในระหว่างการให้กิจกรรม และยังมีการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพตามพฤติกรรม 3อ.2ส. โดยรวมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .263$)¹⁵ กิจกรรม 3อ.3ล. ของงานวิจัยสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำความรู้ที่ได้จากกิจกรรมไปใช้ในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน ส่งผลถึงระดับความดันโลหิต และระดับเบาหวานที่ควบคุมได้ดีขึ้น และยังคงสอดคล้องกับวิจัยผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช. โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก หลังทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง¹⁶ อีกทั้งมีการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁷ มีอีกหนึ่งการศึกษาที่สอดคล้อง คือ ผลการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลัก สบช. โมเดล ในนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอว และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$, $.001$ และ $.004$ ตามลำดับ)¹⁸ โดยเมื่อทำกิจกรรมดังกล่าวแล้วประชาชนมีความเข้าใจในเนื้อหาได้อย่างชัดเจน เห็นภาพว่าตัวเองต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างไรบ้าง และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของตนเอง

การประเมินโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธีการวัดค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลปลายนิ้วเปรียบเทียบก่อน – หลังการใช้แนวคิด สบช. โมเดล พบว่า หลังการใช้แนวคิดฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่า SBP ค่า DBP และ DTX ที่ดีขึ้นจากก่อนการใช้แนวคิดฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ)

สอดคล้องกับการศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิบำบัดเพื่อการเยียวยาแบบ (Somporn Kantharadussadee Triamchaisri: SKT) ต่อระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเปรียบเทียบกิจกรรม SKT ได้เท่ากับการออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการกับความเครียด โดยการปฏิบัติสมาธินาน 40 นาที จะลดระดับความเครียด ส่งผลให้ลดการหลั่งคอเลสเตอรอลทำให้ระดับน้ำตาลลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และการปฏิบัติสมาธิเป็นประจำจะทำให้หลอดเลือดขยาย อัตราการเต้นหัวใจลดลง อัตราหายใจและความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงตามไปด้วย และยังคงพบว่าการปฏิบัติสมาธิเกี่ยวกับการหลั่งสารโดปามีน (dopamine) ไปเพิ่มการหลั่งสารซีโรโทนิน (Serotonin) ซึ่งมีฤทธิ์คลายความเครียด ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดได้ และระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานดีขึ้น การเต้นของหัวใจลดลง ซีพจรเต้นช้าลง หายใจช้าลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความดันเลือดลดลง¹⁹ และยังสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกำบังและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของโรคลดลง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรุนแรงของโรคคงที่¹⁰ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การประเมินผลโครงการการใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 41.03¹⁴ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ พบว่า หลังเข้ารับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁰ โดยงานวิจัยครั้งนี้ได้ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลัก 3อ.3ล. ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เห็นชัดเจน จะเห็นได้ว่าแนวคิด สบช.โมเดล ที่พัฒนามาจากแนวทางการคัดกรองปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์) การสร้างเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3ล. (ลดอ้วน ลดบุหรี่ และลดสุรา)^{10,12} เป็นกิจกรรมที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำแนวคิด สบช. โมเดล ไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรองความรุนแรงกลุ่มโรคอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด ภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่การป้องกันและลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกแซง เช่น พฤติกรรมทางอารมณ์ สื่อความรู้ที่ให้ข้อมูลผิดที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัยในอนาคต
2. พัฒนาโปรแกรมให้มีความทันสมัยยิ่งขึ้น เช่น มีการจัดทำแอปพลิเคชันในการให้ความรู้ สร้างความตระหนัก รวมถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตนของประชาชนทุกคน ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว

References

1. World Health Organization [WHO]. Non-communicable diseases [Internet]. 2023. [cited 2023 April 20]. Available form: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Aekpalakon W. Report: Thai people's health survey by physical examination [internet]. 2022. [cited 2023 April 20]. Available form: <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=1>. (in Thai)
3. Our World in Data. Daly rates from non-communicable diseases (NCDs) [Internet]. 2022. [cited 2023 April 20]. Available form: <https://ourworldindata.org/grapher/burden-of-disease-rates-from-ncds?tab=table>.
4. Thailand Development Research Institute. Study report: Estimates of public health expenditures in the next 15 years Next year [internet]. 2019. [cited 2023 April 20]. Available form: <https://tdri.or.th/2019/12/public-healthcare-evaluation>. (in Thai)
5. Thai Health Promotion Foundation. NCDs [Internet]. 2023. [cited 2023 April 20]. Available form: <https://www.thaihealth.or.th/?p=228095>. (in Thai)
6. Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Clinical practice guideline for diabetes 2023 [internet]. 2023. [cited 2023 April 20]. Available form: https://drive.google.com/file/d/1OAIcYGsJYA1-wTAXoOu6yL_YL9c7IG/view?usp=sharing. (in Thai)
7. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2019. Chiang Mai: trickthink; 2020. (in Thai)
8. Christe DM, Vijaya S, Tharangini K. Screening for non-communicable diseases. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2020;9(3):1092-102.
9. Vasuthada C, Dechavoot L, Jaikla N, Jarujit S. The relationship between perception toward non-communicable diseases and health promotion behaviors for non-communicable diseases prevention among people in muang district, Chanthaburi province. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2018;29(2):47-59. (in Thai)
10. Tienthavorn V. Surveillance, control and prevention system of DM and HT in Thailand: Policy to action. 3th ed. Nonthaburi: The Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
11. Juwa S, Wongwat R, Manoton A. The effectiveness of the health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2019;39(2):127-41. (in Thai)
12. Turner K, Charoensuk S, Polthana P, Nitirat P, Howharn C. Conceptual framework of health policy for health promotion with PBRI Model by Integrating with higher education missions into healthy communities, faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2022;5(3):204-8. (in Thai)

13. Chamchan D. Development of a health behavior modification model to reduce the incidence of diabetes among people at risk of diabetes Chonsomboon sub-district health promoting hospital Nongmuang district Loburi province. Department of Health Service Support Journal. 2022;18(3):47-58. (in Thai)
14. Jamjumroon P, Phatisena T. Using the 7 colors diabetes mellitus self-awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in nakhon ratchasima. Ratchaphruek Journal 2017;15(2):125-34. (in Thai)
15. Chunchai S, Chumpathat N, Khungtumneum K, Namjuntra R, Amphamani A. Health literacy and health behavior 3E.2S. among patients with diabetes and hypertension in Bang Phi district, Samut Prakan province. Journal of Health and Nursing Research 2022;38(2):235-245. (in Thai)
16. AYoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi 2022;5(2):129-39. (in Thai)
17. Nunta S, Glomjai T, Sajai K, Ananchaipatana N, Pechkwang D, Waengkam W. The effects of a health promotion program based on the PBRI Model on knowledge, attitude, and behavior in preventing non-communicable diseases among students nurse. Journal of Health Research and Innovation 2023;6(2):1-15. (in Thai)
18. Meenasantirak A, Toontham K. The effects of health promotion by applying the principles of PBRI's Model in nursing students. Journal of Health and Nursing Education. 2023;29(3):19-36. (in Thai)
19. Nojai V, Khampeera A, Kajai C, Khumdee B Rimchan K. Effects of Somporn Kantharadussadee Triumchaisri (SKT) meditation on blood glucose levels of pre-diabetes mellitus. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2018;19(3):175-84. (in Thai)
20. Charoenpong C, Jaroenpong J. The effects of health behavior promotion program on health behavior and blood pressure in primary hypertensive patients. Journal of Health and Nursing Research 2022;38(3):71-81. (in Thai)

Effects of using Animated Cartoons in Hmong Language
“Titled: The Influenza in Children” on Knowledge of Hmong Guardians Caring
for Children under 5 Years Old with Influenza at Chiangkham Hospital,
Phayao Province

Received: Apr 7, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Apussara Homnan B.N.S.¹

Wisitsri Phengnum Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Influenza is an acute respiratory infectious disease commonly found in children aged 0 - 5. In Phayao Province, caring for Hmong children in this age group with influenza has revealed that their parents have limitations in communicating in Thai. Influenza is an acute respiratory infection commonly found among Hmong children aged 0 - 5 years. Preparing parents with limited Thai language proficiency is crucial to ensure they have the knowledge and readiness to care for their children.

Research objectives: 1) To compare the knowledge scores of Hmong guardians of children under 5 years old regarding influenza, before and after they were exposed to educational animated cartoons, and 2) to assessed the caregivers' satisfaction with the animated educational materials.

Research methodology: This quasi - experimental study was a one - group pretest - posttest design. The sample consisted of 25 Hmong guardians of children under 5 years old with influenza, selected through purposive sampling based on inclusion and exclusion criteria. The instruments used in the study were: 1) animated cartoons in the Hmong language titled “The Influenza in Children”, 2) a demographic data collection form, 3) a knowledge test administered before and after the use of the animated cartoon, and 4) a parent satisfaction assessment form. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t - test statistics.

Results: The knowledge scores regarding influenza in children among the sample significantly increased ($t = 7.129(24)$, $p < .001$) after using the animated cartoons. Additionally, satisfaction with the animated media was rated as highest ($M = 4.51$, $SD = .68$).

Conclusion: The animated cartoons in the Hmong language can serve as effective educational tools in this context.

Implications: Using animated cartoons as educational tools for the guardians of Hmong children can help them to prevent illness, reduce incidence, and decrease the severity of influenza complications in children under 5 years old.

Keywords: influenza in children, animated cartoons, hmong guardians

¹Registered nurse, Chiangkham Hospital, Phayao, Thailand. Email: namonabun@gmail.com

²Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Phitsanulok, Thailand. Email: wisitsri@bcnb.ac.th

ผลของการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก
ต่อความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กชนเผ่าม้งที่อายุต่ำกว่า 5 ปี
โรคไข้หวัดใหญ่ โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

Received: Apr 7, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

อภิสรรา หอมนาน พยบ.¹

วิสิษฐศรี เฟ็งนุ่ม ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อของระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ที่พบมากในกลุ่มชนเผ่าม้ง อายุ 0 - 5 ปี การเตรียมผู้ปกครองที่มีข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทยให้มีความรู้ และความพร้อมในการดูแลเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง ที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน และ 2) ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน

ระเบียบวิธีวิจัย: วิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน (ภาษาม้ง) เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก และศึกษาความพึงพอใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง จำนวน 25 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t - test

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.129(24)$, $p < .001$) และความพึงพอใจในสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = .68$)

สรุปผล: สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง สามารถเพิ่มความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ: ควรนำสื่อการ์ตูนแอนิเมชันไปใช้ในการให้ความรู้กับผู้ปกครองชนเผ่าม้ง เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถป้องกันการเกิดโรค ลดอัตราการป่วย และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กได้

คำสำคัญ: โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชิงคำ พะเยา ประเทศไทย Email: namonabun@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุธรังษีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พิษณุโลก ประเทศไทย

Email: wisitsri@bcnb.ac.th

บทนำ

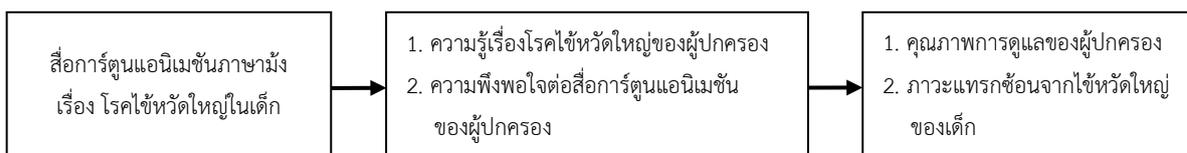
โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อของระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เกิดจากเชื้อไวรัส เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดตามฤดูกาล พบประมาณพันล้านรายต่อปี เจ็บป่วยรุนแรง 3 - 5 ล้านรายต่อปี และเสียชีวิต 290,000 ถึง 650,000 รายต่อปี โรคไข้หวัดใหญ่มีหลายสายพันธุ์ ซึ่งแต่ละสายพันธุ์มีความรุนแรงแตกต่างกัน ถ้าเด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เด็กสามารถติดเชื้อในระบบต่าง ๆ จากการที่ไวรัสไข้หวัดใหญ่แพร่ได้ทั่วร่างกายหรือติดเชื้อชนิดอื่นแทรกซ้อน โดยเฉพาะปอดอักเสบที่พบบ่อยทำให้ต้องรักษานานขึ้นและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ประมาณร้อยละ 99 ของการเสียชีวิตพบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง¹ จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคสำนักโรคระบาดวิทยา รายงานสถิติอัตราป่วยของโรคไข้หวัดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับ 14.68, 122.17 และ 279.90 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ .02, .003 และ .002 ตามลำดับ พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มอายุ 0 - 4 ปี จะป่วยมากที่สุด² สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา รายงานสถิติ 10 อันดับโรคติดต่อในจังหวัด พะเยา ระหว่างปี พ.ศ. 2564 - 2565 พบว่า โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดต่อเนื่องทุกปี³ มีอัตราป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 เท่ากับ 472.74, 305.06 และ 425.01 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับส่วนอำเภอเชียงคำ รายงานเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 เท่ากับ 793.39, 403.10 และ 341.08 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ⁴

ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา พบจำนวนผู้ป่วยเด็กที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยยา Oseltamivir 418 ราย, 417 ราย และ 487 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยจากปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 418 ราย และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 487 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 0 - 5 ปี และส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชนเผ่า ได้แก่ชนเผ่าม้ง เผ่าเมี่ยน ลาว และไทยลื้อ ทั้งนี้ชนเผ่าม้งเป็นชนเผ่าที่พบมากที่สุดร้อยละ 60⁴ ซึ่งเด็กในช่วงแรกเกิด ถึง 6 ปี เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ในการรับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลเด็ก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการดูแล และป้องกันโรคในเด็ก⁵ แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการเป็นชนเผ่าม้ง ผู้ปกครองส่วนใหญ่สื่อสารด้วยภาษาม้ง ทำให้พบปัญหาของการสื่อสารในการให้ความรู้ การไม่เข้าใจภาษาทั้งการพูดและการเขียน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสื่อภาษาไทย ไม่สามารถอ่านคำแนะนำ หรือฟังคำอธิบายจากบุคลากรสาธารณสุขได้ และหากไม่กล้าซักถามอาการหรือการปฏิบัติดูแลเด็ก ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากไข้หวัดใหญ่มากขึ้น ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ยังส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดขึ้นได้⁶ จากผลกระทบดังกล่าว การเตรียมผู้ปกครองให้มีความรู้ และความพร้อมในการดูแลเด็กจึงเป็นสิ่งที่สำคัญมาก

ผู้ปกครองจะมีการดูแลสุขภาพเด็กในการป้องกันโรคติดต่อเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค⁵ มีการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจำนวน 13 เรื่อง พบว่า การให้ความรู้ด้วยวิดีโอแอนิเมชัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติและความเข้าใจที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีความสามารถในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น⁷ เนื่องจากแอนิเมชันสามารถจำลองสถานการณ์ ต่าง ๆ โดยการเล่าเรื่องผ่านคำพูดของการ์ตูนเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความสมจริง ดึงดูดความสนใจ ทำให้สื่อสารความรู้ สื่อความหมาย และอธิบายเรื่องที่ซับซ้อนให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น คุณลักษณะของสื่อแอนิเมชันที่ดึงดูดความสนใจ

ทำให้จดจำเนื้อหาได้จากการดูและการฟัง การออกแบบที่ตัวละคร และฉากมีการเคลื่อนไหว มีเสียงบรรยาย เอฟเฟกต์ กระตุ้นผู้ใช้ให้ติดตามเนื้อหา⁸ ผู้วิจัยจึงนำคุณสมบัติของการตูนแอนิเมชันมาเป็นสื่อกลางการสื่อสารความรู้ให้กับผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง โดยมีการแปลความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กให้เป็นภาษาม้งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจโรค การป้องกัน และสามารถดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้อง เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดและความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ต่อสื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง สูงกว่าก่อนการใช้สื่อ
2. ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ มีความพึงพอใจต่อสื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง อยู่ในระดับดีขึ้นไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental study) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One - group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกของประชากรที่ศึกษา ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง กุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 21 คน ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยใช้สูตร Paired t - test กำหนดค่า Effect size ขนาดปานกลาง .5, $\alpha = .05$ และ Power = .8⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 25 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า

(Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ปกครองชนเผ่าม้งทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา แพทย์ระบุป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่หรือมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยยา Oseltamivir ครั้งแรก อายุมากกว่า 18 ปี ไม่มีความผิดปกติในด้านการได้ยินและการมองเห็น การรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ใช้โทรศัพท์มือถือในการดูสื่อ หรืออุปกรณ์คอมพิวเตอร์ หรือจอแท็บเล็ตที่สามารถดูวิดีโอได้ และมีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถดูสื่อได้จนจบ ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ ไม่สามารถฟังพูดอ่านเขียนภาษาไทยหรือภาษาม้งได้ และมีความผิดปกติในด้านการได้ยินและการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก เป็นการ์ตูนภาพเคลื่อนไหวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สามารถเข้าถึงได้ผ่านทางมือถือ แท็บเล็ต และจอคอมพิวเตอร์ ในระบบออนไลน์ เป็นภาษาม้ง โดยมีความยาวประมาณ 5 นาที ประกอบด้วย 7 หัวข้อ¹⁰ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อาการของโรคไข้หวัดใหญ่ การแพร่กระจายเชื้อและการติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่ ภาวะแทรกซ้อนโรคไข้หวัดใหญ่และกลุ่มเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การดูแลและรักษาโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก และอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก

2.2 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบจาก 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก โดยเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนความรู้มารวมกัน และจัดระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับโดยประยุกต์จากเกณฑ์ของ Bloom¹¹ มีการแปลผลคะแนนดังนี้

ช่วงคะแนน 16 - 20	ได้คะแนนร้อยละ 80 - 100	ระดับความรู้สูง
ช่วงคะแนน 12 - 15	ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79	ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า 11	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับความรู้ต่ำ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง ที่มีต่อสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert scale) กำหนด 1 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด - 5 คะแนน พึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง	ระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง	ระดับความพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง	ระดับความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง	ระดับความพึงพอใจระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง	ระดับความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์รักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามัง ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพ 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80 ส่วนแบบทดสอบความรู้เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก มีค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายของแบบทดสอบตั้งแต่ .25 - .75

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โดยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและขอใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันใช้เวลาในการทำ 15 นาที
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code เพื่อรับชมสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ทางโทรศัพท์มือถือ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสนใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาแต่ไม่มีมือถือ หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต ผู้วิจัยให้ดูสื่อการ์ตูนแอนิเมชันผ่านโน้ตบุ๊ก หรือแท็บเล็ตของผู้วิจัย โดยจะใช้เวลาในการดูประมาณ 5 นาที
3. หลังดูสื่อการ์ตูนแอนิเมชันจบแล้ว ให้ทำแบบทดสอบความรู้ ประมาณ 15 นาที และแบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ประมาณ 10 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ จะมีล่ามแปลภาษาเป็นผู้อ่านและแปลข้อความเป็นภาษามังให้
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและแบบสอบถาม แล้วนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาความลับอย่างเคร่งครัดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงคำ ตามเอกสารรับรองเลขที่โครงการ 26/2566 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา และกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายขั้นตอนการวิจัย สิทธิ การรักษาความลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามและให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีอิสระ ลงนามยินยอมในแบบฟอร์ม กลุ่มตัวอย่าง สามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิอื่น ๆ ที่พึงได้รับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลักษณะ (Categorical data) จะแสดงค่าสถิติเป็นความถี่และค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale)

จะแสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ส่วนการเปรียบเทียบผลคะแนน ก่อน - หลังการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ทำการทดสอบด้วยสถิติ Paired t – test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 และมีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41 และส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดาของเด็กป่วย คิดเป็นร้อยละ 76

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งสูงกว่าก่อนใช้สื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ก่อนและหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง (N = 25)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	คะแนนก่อน		คะแนนหลัง		t	df	p-value
	(Pre - test)		(Post - test)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก	15.96	1.99	18.36	1.08	-7.129	24	.000*

* $p < .001$

การศึกษาความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ต่อสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งหลังใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.51, SD = .68) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้ง มีความพึงพอใจในด้านเทคโนโลยี อยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.57, SD = .61) เป็นอันดับแรก ส่วนด้านที่รองลงมา คือ ด้านเนื้อหาสาระของสื่อการ์ตูนและด้านสื่อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน อยู่ในระดับมาก (M = 4.49, SD = .73) และด้านการประเมินผล อยู่ในระดับมาก (M = 4.48, SD = .62) ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณารายหัวข้อ พบว่า หัวข้อที่พึงพอใจมากที่สุดคือสื่อการ์ตูนที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสมและใช้งานง่าย (M = 4.64, SD = .49) ส่วนหัวข้อที่พึงพอใจน้อยที่สุดคือรูปภาพและเสียงประกอบที่ใช้ในสื่อการ์ตูน มีความเหมาะสม สื่อความหมายได้ดี (M = 4.40, SD = .76) และด้านเนื้อหาสาระของสื่อการ์ตูน ปริมาณของเนื้อหาที่มีความเหมาะสม (M = 4.40, SD = .82) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังใช้ สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง (N = 25)

รายการประเมิน	ความพึงพอใจ		
	M	SD	ระดับ
ด้านเนื้อหาสาระของสื่อการ์ตูน			
1. เนื้อหาสาระมีความถูกต้องและมีความทันสมัย	4.52	.82	มากที่สุด
2. เนื้อหาสาระมีความครอบคลุมในเรื่องไข้หวัดใหญ่ในเด็ก	4.44	.71	มาก
3. ปริมาณของเนื้อหาเหมาะสม	4.40	.82	มาก
4. เนื้อหาสาระมีการจัดเรียงลำดับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย	4.52	.65	มากที่สุด
5. เนื้อหาสาระเหมาะสมและเป็นประโยชน์กับผู้ปกครอง	4.56	.65	มากที่สุด
6. ภาษาม้งที่ใช้ในสื่อการ์ตูนเข้าใจง่าย	4.48	.71	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.49	.73	มาก
ด้านสื่อ			
7. สื่อที่ใช้มีความทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย	4.56	.65	มากที่สุด
8. สื่อมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหาเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ในเด็ก	4.52	.71	มากที่สุด
9. รูปภาพและเสียงประกอบที่ใช้ในสื่อการ์ตูนมีความเหมาะสม สื่อความหมายได้ดี	4.40	.76	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.49	.71	มาก
ด้านการประเมินผล			
10. แบบทดสอบก่อน - หลังการดูการ์ตูนมีความสอดคล้องกับเนื้อหาไข้หวัดใหญ่ในเด็ก	4.44	.65	มาก
11. คำถามในแบบทดสอบก่อน - หลังการดูการ์ตูนมีความชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจง่าย	4.52	.59	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.48	.62	มาก
ด้านเทคโนโลยี			
12. สื่อการ์ตูนที่ใช้ในการนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสม และใช้งานง่าย	4.64	.49	มากที่สุด
13. การใช้ขนาดและรูปแบบของตัวอักษรในการนำเสนองาน	4.52	.65	มากที่สุด
14. การใช้สีในการออกแบบ	4.60	.58	มากที่สุด
15. ความง่ายในการใช้งานระบบออนไลน์และออฟไลน์	4.52	.71	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.57	.61	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยในภาพรวม	4.51	.68	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าม้งที่ดูแลเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ มีผลคะแนนความรู้หลังการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ ในเด็กสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า สื่อการ์ตูนแอนิเมชันที่พัฒนาขึ้นเป็นสื่อที่สามารถให้ความรู้ สื่อความหมาย ดึงดูดความสนใจ และกระตุ้นความต้องการที่จะเรียนรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า เด็กวัยเรียนที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสื่อการ์ตูนแอนิเมชันสามารถสื่อสารเรื่องราวเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นเรื่องราวที่ซับซ้อนผ่านตัวการ์ตูนที่มีสีสันสดใส มีการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง จึงสามารถถ่ายทอด

เรื่องราวให้เข้าใจได้ง่าย และทำให้สามารถจดจำเนื้อหาได้¹² นอกจากนี้การตูนแอนิเมชัน เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ ในเด็ก ยังใช้ภาษาหม่งในการอธิบายเรื่องที่ซับซ้อนให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ และเข้าใจได้ง่ายขึ้น เนื่องจากชนเผ่าหม่ง เป็นชาติพันธุ์ที่มีภาษาเป็นของตนเอง การให้ความรู้ทางสุขภาพด้วยภาษาหม่งจะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก ช่วยในการป้องกันการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ผู้ปกครองยังสามารถ สแกน QR code เพื่อศึกษาเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลสามารถค้นหา เข้าใจ และใช้ข้อมูล และการบริการเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองและผู้อื่น¹³ ดังนั้นการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า พบว่า ความรู้กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีความรู้เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย¹⁴ นอกจากนี้ จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเกษียณมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านภาษาถิ่นที่ใช้ ในการสื่อสาร จึงทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ¹⁵ ดังนั้น การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านการ์ตูนแอนิเมชันภาษาท้องถิ่น จะส่งผลทำให้เกิด ความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผู้ปกครองเด็กชนเผ่าหม่ง มีความพึงพอใจหลังใช้ สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายละเอียดรายด้าน พบว่า ด้านเทคโนโลยีอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเป็นว่า สื่อการ์ตูนที่ใช้ ในการนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสม และใช้งานง่าย ขนาดและรูปแบบของตัวอักษรในการนำเสนองาน สีสันทึที่ใช้ ในการออกแบบ และความง่ายในการใช้งานทั้งในระบบออนไลน์และออฟไลน์ ส่วนด้านเนื้อหาสาระของสื่อการ์ตูน ด้านสื่อ และด้านการประเมินมีความพึงพอใจในระดับมาก เนื่องจากเนื้อหาสาระมีความถูกต้องและมีความทันสมัย ครอบคลุมในเรื่องไข้หวัดใหญ่ในเด็ก ปริมาณของเนื้อหาเหมาะสม มีการจัดเรียงลำดับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย เนื้อหาสาระเหมาะสมและเป็นประโยชน์กับผู้ปกครอง และภาษาหม่งที่ใช้ในสื่อการ์ตูนเข้าใจง่าย สื่อที่ใช้มี ความทันสมัย มีขั้นตอนที่ง่าย เข้าถึงได้ง่าย เหมาะสม สอดคล้องกับเนื้อหาเกี่ยวกับไข้หวัดใหญ่ในเด็ก เช่น การแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันโรค มีข้อความเน้นย้ำส่วนที่สำคัญ รูปภาพและเสียงประกอบที่ใช้ในสื่อการ์ตูน มีความเหมาะสม สื่อความหมายได้ดี นอกจากนี้แบบทดสอบ ก่อน - หลัง การดูการ์ตูนมีความสอดคล้องกับเนื้อหา ไข้หวัดใหญ่ในเด็ก มีความชัดเจน อ่านแล้วเข้าใจง่าย ซึ่งการให้ความรู้โดยใช้สื่อเทคโนโลยีแอนิเมชันจะช่วย สื่อความหมายที่เข้าใจง่าย ดึงดูดความสนใจของผู้เรียนจากภาพและเสียง ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาที่มีความซับซ้อน ได้ดีขึ้น¹⁶ สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจต่อแอนิเมชัน 2 มิติ เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากได้รับความรู้ และเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ นำไปใช้ได้ เนื้อหาเข้าใจง่าย การดำเนินเรื่อง สื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เสียงสอดคล้องกับภาพ เนื้อหาและการดำเนินเรื่องมีความกลมกลืน ขององค์ประกอบ การใช้สี แสงในสื่อแอนิเมชันมีความเหมาะสม¹⁷ แนะนำให้มีการประยุกต์เทคโนโลยีมาปรับใช้ ในการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นอิสระ ไม่จำกัดเวลา เพื่อตอบสนองความแตกต่างกันของบุคคล ในการเรียนรู้¹⁸

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารโรงพยาบาล หรือผู้นำชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนในการผลิตสื่อภาษาอื่น ๆ และนำสื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่อง โรคไข้หวัดใหญ่ในเด็ก ไปใช้เป็นสื่อการสอนสุขศึกษาร่วมกับการสอนภาคปฏิบัติการดูแลเด็กที่เป็นไข้หวัดใหญ่ เพื่อให้ความรู้กับผู้ปกครองชนเผ่าม้งทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อลดอัตราการป่วยและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสื่อการสอนนี้สามารถสแกน QR code เพื่อศึกษาเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา จึงควรนำไปติดในสถานที่ต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและเว็บไซต์ของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการให้ดูสื่อวีดิทัศน์ เป็นการสื่อสารทางเดียว ในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการเพิ่มช่องทางให้ผู้ปกครองได้สอบถามความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถสื่อสารภาษาม้งได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการผลิตสื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เรื่องโรคที่พบบ่อยในเด็กชนเผ่าม้ง เพื่อให้ความรู้ในการดูแลป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพในเด็ก และศึกษาติดตามความรู้ และพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในผู้ปกครองกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้รูปแบบเดิมกับการดูสื่อการ์ตูนแอนิเมชันภาษาม้ง หรือทำการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อช่วยในด้านการออกแบบสื่อที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาโปรแกรมการใช้สื่อในสถานการณ์ต่าง ๆ

References

1. World Health Organization. Influenza (seasonal) [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 1]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
2. Department of disease control. Report on the Influenza situation in Thailand 2021-2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/doe/pagecontent.php?page=607&dept=doe> (in Thai)
3. Chiang Kham hospital information center. Report on statistics on Influenza patient data from 2017-2022. Chiang Kham hospital information center, Phayao province; 2022. (in Thai)
4. Chiang Kham hospital information center. Report on statistics on Influenza patient data from 2017-2022. Chiang Kham hospital information center, Phayao province; 2023. (in Thai)
5. Punthmatharith B, Kongsang L, Kongpet J, Khamchan P, Prateepchaikul L, Pulpraphai P. Predictive factors of preventive and control communicable diseases behaviors among guardians at home. Songklanagarind Journal of Nursing 2019;39(2):23-36. (in Thai)
6. Jantana P. Factors related to behavior promoting prevention of Influenza infection among parents of children receiving admitted at Koh Samui hospital. Academic Research and Innovation 2024;1(1):1-15. (in Thai)
7. Knapp P, Benhebil N, Evans E, Moe-Byrne T. The effectiveness of video animations in the education of healthcare practitioners and student practitioners: A systematic review of trials. Perspectives on Medical Education 2022;11(6):309-315. doi: 10.1007/s40037-022-00736-6.

8. Tirakoat S, Hiruncharoenvate C. Factors affecting the use of animation in students' learning. *The Journal of Social Communication Innovation* 2018;6(2):32-39. (in Thai)
9. Soonthorn S, Sutthisai W, Simmonds P, Saiyaros R, Noichareon P. Concepts and paradigm in sample size with G*Power. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies* 2019;8(2):29-39 (in Thai)
10. Rangsitsethian K. Knowledge for the public: Influenza and Influenza vaccines. [Internet]. [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://pidst.or.th/A709.html> (in Thai)
11. Bloom, B.S. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York:McGraw-Hill;1971.
12. Prabmeechai S, Rueangworaboon S. The effect of animation media on knowledge and self-care behavior of school-age children with Thalassemia. *Nursing Journal of the Ministry of Publish Health* 2017;27(2):96-109. (in Thai)
13. Centers for Disease Control and Prevention. What is health literacy? 2023. [Internet]. [cited 2023 Sep 1]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
14. Manotham M. Knowledge and behaviors for healthcare of Akha Ethnic group in Mae Suai district, Chiang Rai province, Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University* 2019;14(1):69-80. (in Thai)
15. Prapakorn Y, Chintanawat R, Tamdee D. Health literacy and health promoting behaviors among Karen older persons. *Nursing Journal CMU* 2021;48(1):67-79. (in Thai)
16. Wiriyapappong W, Watcharasit R, Wannaphak T, Suttirungrueang N. The effect of animated learning media on nursing for pediatric patients with ventricular septal defect of 3rd years air force student nurse academic year 2023. *Journal of Environmental and Community Health* 2023;8(3):779-86. (in Thai)
17. Maiprasert D, Muangmai A. Development of two dimension animation for acute myocardial infarction. *Journal of Applied Information Technology* 2020;6(1):99-109. (in Thai)
18. Ruxyingcharoen K, Somkong A, Supanam S. Effects of using the ABCs concept video teaching in caring for patients with increased intracranial pressure on self-confidence in nursing practice for brain injury and satisfaction of nursing student St Theresa international college. *Journal of Health and Nursing Research* 2023;39(3):161-71. (in Thai)

บทความวิจัย

The Development of a Mental Health Care Integrative Program for Military Personnel in the Three Southern Border Provinces

Sarintorn Chiewsothorn, Ph.D.^{1*}Yada Nuilers, M.N.S²Raveewon Injui, M.N.³Jirapa Srirath, M.N.S⁴

Received: Apr 7, 2024

Revised: Aug 18, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Abstract

Introduction: The unrest situation in the southern border provinces has greatly impacts the mental health of military personnel operating in the area, necessitating a proper supportive program.

Research objectives: 1. To develop an integrated mental health care program for military personnel operating in the three southern border provinces, 2. To Examine the effects of the program, and 3. To study the satisfaction with the use of the program.

Research methodology: Research and development was conducted in 6 steps: 1. Study the current and desired conditions and analyze the data from mental health assessment results, In - depth interviews, and focus groups. 2. Outline the program, application design, and user manual for the application. 3. Check the suitability of the program by 5 experts. 4. Improve the program. 5. Try out the program. 6. Improve the program as a prototype. The research instruments used in this study included a mental health screening form, a mental health self - care behavior assessment form, and a questionnaire on satisfaction with the use of the program. The data were analyzed using descriptive statistics and t - tests.

Results: The integrated mental health care program for military personnel in the three southern border provinces developed was an application (prototype) with the following components: registration, mental health screening, assessment of mental health self - care behaviors, E - learning lessons, and satisfaction assessment form. The experimental group had a significantly higher post - test score of mental health screening than the pretest score. The mental health self - care behavior scores, both each aspect and overall scores, of the experimental group were significantly higher than those of the control group. The pre - test scores and post - test scores, both each aspect and overall scores of the experimental group were statistically different. The average satisfaction score of using the program was at a very good level.

Conclusion: Using the mental health care integrated program for military personnel in the three southern border provinces resulted in mental health and self - care behavior improvements.

Funding: Thailand Science Research and Innovation: TSRI

^{1*}Corresponding author: Nursing Scholar, Email: sarintorn_c@rtanc.ac.th

²⁻⁴Instructor, ²Email: Yada_b@rtanc.ac.th, ³Email: Raveewon_i@rtanc.ac.th, ⁴Email: jirapa_s@rtanc.ac.th

¹⁻⁴The Royal Thai Army Nursing College, Bangkok, Thailand.

Implications: Proper Training and studying the manual for implementing the integrated mental health care program is required for optimum benefits. People in charge of personnel, commanders, and military trainers can use the program for military personnel throughout the duration of their operations: before, during and after the mission is done.

Keywords: military mental health, mental health care, military personnel in the three southern borderprovinces of Thailand

การพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ สำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

สรินทร เชี่ยวโสธร ค.ด.^{1*}ญาติา น้อยเลิศ พย.ม.²รวีวรรณ อินจ้อย พย.ม.³จิราภา ศรีรัตน์ พย.ม.⁴

Received: Apr 7, 2024

Revised: Aug 18, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์รุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นอย่างมาก จำเป็นต้องมีโครงการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ 2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบ และ 3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพพึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพจิต สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม 2. ร่างรูปแบบ ออกแบบแอปพลิเคชัน และคู่มือการใช้ แอปพลิเคชัน 3. ตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน 4. ปรับปรุงรูปแบบ 5. ทดลองใช้รูปแบบ 6. ปรับปรุงรูปแบบ ใช้เป็นต้นแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบคัดกรองสุขภาพจิต แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบ t - tests.

ผลการวิจัย: รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่พัฒนาขึ้น โดยการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน (ต้นแบบ) มีองค์ประกอบดังนี้ การลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ การคัดกรองสุขภาพจิต การประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต บทเรียน E - learning และแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการคัดกรองสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้งรายด้านและรายรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้งรายด้านและรายรวมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับดีมาก

สรุปผล: การใช้รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการมีผลทำให้ทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพจิตดีและมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: ควรจัดการฝึกอบรมการนำรูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการไปใช้ให้แก่ผู้ทำหน้าที่ดูแลกำลังพล ผู้บังคับบัญชา ครูฝึกทหาร และกำลังพลให้สามารถนำรูปแบบไปใช้ได้ตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติงานได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิตทหาร การดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิต ทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

แหล่งทุน: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม: สก.สว

^{1*}Corresponding author นักวิชาการทางการพยาบาล Email: sarintom_c@rtanc.ac.th

²⁻⁴อาจารย์ ²Email: Yada_b@rtanc.ac.th ³Email: Raveewon_i@rtanc.ac.th ⁴Email: jirapa_s@rtanc.ac.th

¹⁻⁴วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การดำเนินชีวิตในยุคที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Rapid transformation) ฉับพลัน (Disruption) ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล อารมณ์รุนแรง ซึมเศร้า ท้อถอย เบื่อหน่าย และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เห็นได้จากสถิติประชากรโลก 7.6 พันล้านคน ป่วยโรคซึมเศร้า 300 ล้านคน และอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 12 ธันวาคม 2566¹ คนไทยมีภาวะซึมเศร้า 668,498 คน มีความเครียดสูง 373,633 คน เสี่ยงซึมเศร้า 443,866 คน และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 250,881 คน สอดคล้องกับข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพจิตกำลังพลทหารผลัดใหม่² 699 คน พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงปานกลางถึงเสี่ยงสูงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด และส่วนหนึ่งต้องส่งบำบัดรักษาจำนวนทั้งสิ้น 104 คน

สถานการณ์รุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดสงขลา บางอำเภอเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน การต้องเผชิญหน้ากับความกดดันหลากหลายรูปแบบ ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นอย่างมาก การปฏิบัติหน้าที่ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเครียด ความกดดันสูง ความเสี่ยงภัยอันตราย จึงสร้างความหวาดกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิต เมื่อมีความเครียดรุนแรงอาจแสดงอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ ไม่มีแรง และอาการทางจิตใจ อารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อาจมีการใช้สารเสพติด สุรา และบุหรี่ เพื่อคลายเครียด จนกระทั่งไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่หรือแม้แต่กิจวัตรประจำวันได้ เมื่ออาการทางรุนแรงขึ้น อาจมีอาการทางจิต มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต้องประสบกับปัญหาทั้งกายและจิต เรียกได้ว่าเป็นความเครียดทางจิตจากการรบ (Combat Stress)³

จากผลการประเมินสุขภาพจิตช่วง 1 มกราคม - 19 พฤษภาคม 2564⁴ จากกำลังพลผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 10,473 คน พบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 63 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 41 มีปัญหาการนอนคิดเป็นร้อยละ 35 ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่และการดำเนินชีวิต เสี่ยงต่อการการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และต้องการแนวทางการดูแลตนเองให้มีจิตใจเข้มแข็งและสามารถปฏิบัติหน้าที่ให้ผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบาก ทั้งนี้ การมีสุขภาพจิตที่ดีของกำลังพลต้องเกิดจากการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูปัญหาสุขภาพจิตแก่กำลังพลในทุกระดับ และต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้⁵⁻⁷ พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยตามลำดับ คือ ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า มีข้อเสนอให้มีการดำเนินการเพื่อจัดการกับสภาพปัญหาที่พบคือ การเตรียมใจให้เข้มแข็งก่อนการปฏิบัติหน้าที่ การเสริมสร้างความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต

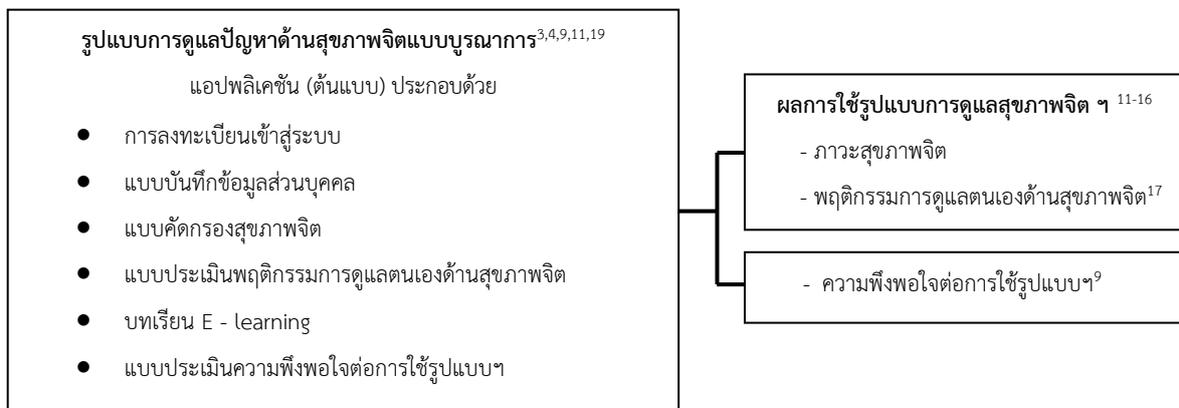
จากการศึกษาสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิตของกำลังพลทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ หน่วยรับผิดชอบ คือ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้⁸ จะเป็นผู้ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยการคัดกรองสุขภาพจิตใช้คู่มือของกรมแพทย์ทหารบก³ และรายงานผู้บังคับบัญชาตามสายงานกรณีพบปัญหาที่อาจเกิดอันตราย โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ตอบจากแบบประเมิน

ทุก 3 – 6 เดือน ซึ่งเจ้าหน้าที่แจ้งเตือนผ่านระบบ Line notify โดยส่งข้อมูลและปัญหาที่พบเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในไลน์กลุ่มที่มีผู้ดูแลจากแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการจัดการกับปัญหาได้ทันเวลาที่โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเป็นการคัดกรองสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินออนไลน์ และจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตเฉพาะกลุ่มที่พบปัญหาที่รุนแรงเท่านั้น ยังไม่มีระบบการดูแลเพื่อป้องกันปัญหา และการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ตรงกับความต้องการเฉพาะสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยง ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและพื้นที่

แม้ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตกำลังพลทหาร จะเริ่มมีการใช้เทคโนโลยีในการคัดกรองปัญหาได้กว้างขวางและรวดเร็วมากขึ้น⁸ แต่ยังไม่มีการพัฒนาการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลสุขภาพจิตกำลังพลให้สามารถดูแลตนเองได้ ตามหลักการพยาบาล 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่เข้าถึงกำลังพลทุกระดับได้อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก้าวข้ามขีดจำกัดด้านเวลา การเดินทาง และสถานที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประสานความร่วมมือกับทีมงานผู้รับผิดชอบพื้นที่ศึกษาแนวทางการดำเนินงาน และสำรวจความต้องการของกำลังพลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับระบบ นโยบายของประเทศ และกองทัพในการดูแลสุขภาพจิตกำลังพล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยพัฒนารูปแบบโดยบูรณาการแนวคิดด้านสุขภาพจิตและเทคโนโลยีที่ทันสมัยเป็นแอปพลิเคชัน เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของทหาร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการสำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ร่วมกับการศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ และศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการ 6 ขั้นตอน¹⁰ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพพึงประสงค์ (R1) การวิเคราะห์หาองค์ประกอบและสร้างรูปแบบ ศึกษาข้อมูลจาก 3 ส่วน ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก 12 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์พยาบาลวิชาชีพ ผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

และเชี่ยวชาญด้านสื่อเทคโนโลยีในด้านสุขภาพ 2) การสนทนากลุ่ม 12 คน ปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 ปี ที่มีบทบาทในการวางระบบการดูแลสุขภาพจิตของกำลังพลจากศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอชต.) และ 3) ศึกษาข้อมูลสุขภาพจิต ใช้ตารางกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 ระดับความคลาดเคลื่อน .01 จากประชากรกำหนดในตาราง 50,000 คน ได้ตัวอย่าง 8,333 คน จึงได้รวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตกำลังพล⁴ โดย ศอชต. ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 19 พฤษภาคม 2564 จำนวน 10,473 คน

ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบ ออกแบบแอปพลิเคชัน พร้อมคู่มือการใช้ (D1) วิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 โดยกำหนดโครงสร้างรูปแบบแอปพลิเคชัน พร้อมคู่มือการใช้ ประกอบด้วย การลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบ ข้อมูลส่วนบุคคล การคัดกรองสุขภาพจิต การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต บทเรียน E-learning แบบฝึกหัดทบทวน คำถาม - ตอบด้วยระบบอัตโนมัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ โดยการสร้างบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์ตามแบบจำลอง ADDIE⁹ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Content analysis) ได้ 17 หัวข้อการเรียนรู้ ได้แก่ สุขภาพจิต ความเครียดและวิตกกังวล บุคลิกภาพ สารเสพติด อารมณ์ โรคจิตเภท ความฉลาดทางดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจพอเพียง การเข้าใจตนเองและผู้อื่น ความเข้มแข็งในการมองโลก การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ทักษะการเผชิญปัญหา ความสูญเสีย การรับมือกับความเปลี่ยนแปลง ภาวะหมดไฟ และภารกิจทหารในกองทัพ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ (R2) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้าง เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้

ขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบ (D2) ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้รูปแบบ (R3) เป็นการวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power analysis ที่ระดับ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) กลุ่มขนาดใหญ่ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 54 ตัวอย่าง เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงขอใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย (Inclusion criteria) คือ สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ ใช้อุปกรณ์สื่อสารได้ และต้องไม่ใช่กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เช่น โรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการทางจิตในระยะรุนแรง เป็นต้น โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่ายเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 40 คน

ขั้นตอนที่ 6 ปรับปรุงรูปแบบแอปพลิเคชัน (ต้นแบบ) พร้อมคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน (D3) นำผลการทดลองใช้รูปแบบมาปรับปรุงร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อประกาศเผยแพร่ฉบับสมบูรณ์เป็นต้นแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ สำหรับทหารผู้ปฏิบัติงานในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นแอปพลิเคชัน พร้อมคู่มือการใช้ โดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตทหาร พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ปัจจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของทหาร วิเคราะห์หาองค์ประกอบและสร้างรูปแบบ นำมาประเมิน

ความเหมาะสม โดยก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ ได้มีการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำรูปแบบไปทดลองใช้ (Try out)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 แบบประเมิน ได้แก่

1. แบบคัดกรองสุขภาพจิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของทหาร แบ่งเป็น 4 ด้านคือ 1) ปัญหาด้านสุขภาพจิต พัฒนาจากแบบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย¹ จากการศึกษาอิทธิพลของความยืดหยุ่นทนทาน และการทำนายสุขภาพจิตของทหารพรานในชายแดนใต้¹¹ 2) ทศนคติ พัฒนาจาก อิศรา รักษ์กุล¹² และ Magdalena Kulesza¹³ เรื่อง การรับรู้ต่อการถูกตีตรา การตีตราตัวเอง พัฒนาจาก Waitzkin H., Cruz¹⁴ 3) ความเข้มแข็งทนทาน พัฒนาจาก Connor and Davidson¹⁵ และ 4) การเผชิญปัญหา พัฒนาจากแบบวัดกลวิธีเผชิญปัญหาของ Amirkhan¹⁶ มีข้อความแบบเลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่ 17 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 6 ข้อ และ ข้อความทางลบ 11 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 7, 11 - 14, 16 ให้คะแนน ใช่ = 1, ไม่ใช่ = 0 ข้อความทางลบ ได้แก่ข้อ 1 - 6, 8 - 10, 15, 17 ให้คะแนน ใช่ = 0, ไม่ใช่ = 1 คะแนนเต็ม 17 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงให้ เห็นว่ามีสุขภาพจิตดี

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พัฒนามาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์¹⁷ โดยผู้วิจัยปรับรูปแบบและข้อความให้ทันสมัย เหมาะสมสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 41 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ โดยแบ่งแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการพัฒนาเพื่อรู้จักตนเอง 10 ข้อ 2) ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 6 ข้อ 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ 4) การเผชิญปัญหา 8 ข้อ 5) ด้านการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม 6 ข้อ 6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 7 ข้อ 7) ด้านการดูแลตนเองทั่วไป 7 ข้อ ข้อคำถามแบบเลือกตอบ 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความทางบวก 41 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้ ประจำ = 4 บ่อยครั้ง = 3 บางครั้ง = 2 และไม่เคยม่า = 1 ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 16, 21, 22, 27, 29, 30, 36, 49 และ 50 ให้คะแนน ดังนี้ ประจำ = 1 บ่อยครั้ง = 2 บางครั้ง = 3 และไม่เคยม่า = 4 การแปลผล คะแนนเต็ม 200 คะแนน นำมาหารด้วยจำนวน 50 ข้อ ได้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 4 คะแนน หากมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่า 3 จากคะแนนเต็ม 4 แสดงให้เห็นว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดี

3. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อการเรียนรู้⁹ ด้านเนื้อหา วิธีการ สื่อประกอบ และประโยชน์ที่ได้รับ เป็นข้อความแบบเลือกตอบ 12 ข้อ ใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ พึงพอใจมากที่สุด = 5 พึงพอใจมาก = 4 พึงพอใจปานกลาง = 3 พึงพอใจน้อย = 2 และพึงพอใจน้อยที่สุด = 1 การแปลผล ค่าเฉลี่ยคะแนนเต็ม 5 คะแนน หากมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า 4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก หากมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่า 4.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้าง องค์ประกอบ ภาษาที่ใช้ ความตรงเชิงเนื้อหา ของรูปแบบ แอปพลิเคชันและคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและเทคโนโลยีทางการศึกษา 5 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .85 และความชัดเจนของเนื้อหาเท่ากับ .90 จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองใช้กับตัวแทนประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁰ ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบคัดกรองสุขภาพจิตเท่ากับ .73 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเท่ากับ .98 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานความร่วมมือกับ ศอชต. เพื่อศึกษาข้อมูลนำมาพัฒนารูปแบบ และนำรูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการ ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองดำเนินการตามรูปแบบการดูแลปัญหา ด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการผ่าน แอปพลิเคชัน โดยกำหนดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติดำเนินการวัดก่อนและหลังการทดลองด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดตามผลกระทบและผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก เลขที่หนังสือ IRBRTA 0103/2564 รหัสโครงการ: N005q/63 การเก็บข้อมูลคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดกระบวนการวิจัย มีการชี้แจงอาสาสมัครและเก็บข้อมูลหลังได้รับความยินยอมด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างปกปิดเป็นความลับ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่อ้างอิงไปถึงกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการ Focus group และผลการใช้รูปแบบใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ T - test

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 และร้อยละ 75 อายุระหว่าง 21 – 30 ปี ร้อยละ 87.5 และร้อยละ 90 ระดับการศึกษาก่อนปริญญาตรี ร้อยละ 87.5 เท่ากัน สถานภาพโสด ร้อยละ 90 และร้อยละ 85 ภูมิลำเนานอกพื้นที่ ร้อยละ 100 เท่ากัน และเป็นพลทหาร/อาสาสมัคร ร้อยละ 70 และร้อยละ 80 ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 67.5 และร้อยละ 62.5 เคยประสบเหตุการณ์รุนแรง (เช่น เหตุระเบิด ลอบยิง) ร้อยละ 80 และร้อยละ 77.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 เท่ากัน

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น เป็นแอปพลิเคชัน (ต้นแบบ) มีขั้นตอนการดำเนินงานตามคู่มือการใช้แอปพลิเคชัน ได้แก่ การดาวน์โหลดแอปพลิเคชันที่ชื่อว่า MMI ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในการเขียนโปรแกรมลงทะเบียน การลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ บทเรียน E - learning สื่อการเรียนรู้ แบบ E - learning 17 หัวข้อ เกี่ยวกับสุขภาพจิต การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความรู้สำคัญเฉพาะทหารกับการดูแลสุขภาพจิต แบบฝึกหัด ทบทวนหลังการเรียนรู้แต่ละหัวข้อ โดยเกณฑ์ผ่าน ร้อยละ 80 จึงจะผ่านบทเรียน และคำถาม - ตอบ ให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้วยระบบอัตโนมัติ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ



ภาพที่ 2 ภาพแอปพลิเคชัน MMI

ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคัดกรองสุขภาพจิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของคะแนนคัดกรองสุขภาพจิต ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		Mean difference (d)	SD _d	t	P
	M	SD	M	SD				
กลุ่มควบคุม	5.200	3.680	5.700	3.725	.500	.784	4.031	.000**
กลุ่มทดลอง	5.225	3.254	5.900	3.241	.675	.730	4.843	.000**

**p < .001

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้าน และรายรวมหลังการทดลองของสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านที่มีคะแนนหลังการทดลองสูงสุด คือ การพัฒนาเพื่อรู้จักตนเอง และด้านที่มีคะแนนหลังการทดลองต่ำสุด คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทั้งสองกลุ่ม ส่วนค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้รูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สื่อการเรียนรู้มีกราฟฟิก ภาพประกอบ และข้อความสวยงาม รองลงมา คือ แบบฝึกหัดท้ายเรื่องสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้ และระบบการเชื่อมต่อสื่อการเรียนรู้ในอุปกรณ์ไร้สายไม่ติดขัด ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด คือ เข้าถึงบทเรียนได้ง่าย สามารถทบทวนบทเรียน

ด้วยตนเองบ่อยขึ้น รองลงมาคือ มีความรู้ ความเข้าใจ มากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้ และลำดับเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตรายด้านและรายการรวม หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 80)

ด้าน	กลุ่มทดลอง (n = 40 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 40 คน)		Mean difference (d)	SD _d	t	p
	M	SD	M	SD				
1. ด้านการพัฒนาเพื่อรู้จักตนเอง	3.092	.693	3.190	.617	.097	1.008	.612	.267
2. ด้านการติดต่อสื่อสาร	2.929	.765	3.037	.658	.108	1.031	.664	.787
3. การใช้เวลาว่าง	2.758	.710	2.941	.619	.183	.944	1.228	.982
4. การเผชิญปัญหา	2.743	.707	3.150	.593	.407	.935	1.352	.866
5. ด้านการแสวงหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคม	2.587	.763	2.900	.313	.191	.929	1.304	.486
6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.603	.747	2.771	.641	.167	1.068	.994	.277
7. ด้านการดูแลตนเองทั่วไป	2.625	.748	2.925	.600	.300	.980	1.474	.783
โดยรวม	2.782	.654	2.947	.551	.165	.135	1.220	.226

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความพึงพอใจหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n = 40 คน)

รายการ	M	SD	ระดับ
1. กระตุ้นให้เกิดความใฝ่รู้	4.425	.549	ดี
2. คำชี้แจงคู่มือการใช้งานเข้าใจง่ายและชัดเจน	4.425	.549	ดี
3. สื่อการเรียนรู้น่าสนใจ	4.525	.554	ดีมาก
4. แจ้งวัตถุประสงค์ชัดเจน	4.425	.549	ดี
5. ลำดับเนื้อหาที่เข้าใจได้ง่ายและสอดคล้องกัน	4.400	.545	ดี
6. ออกแบบเนื้อหายืดหยุ่นตามความแตกต่างของแต่ละคน	4.700	.516	ดีมาก
7. สื่อการเรียนรู้มีกราฟฟิก ภาพประกอบ และข้อความสวยงาม	4.800	.464	ดีมาก
8. แบบฝึกหัดท้ายเรื่องสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้	4.756	.493	ดีมาก
9. ระบบการเชื่อมต่อสื่อการเรียนรู้ในอุปกรณ์ไร้สายไม่ติดขัด	4.725	.505	ดีมาก
10. เข้าถึงบทเรียนได้ง่ายสามารถทบทวนบทเรียนด้วยตนเองบ่อยขึ้น	4.300	.516	ดี
11. มีความรู้ ความเข้าใจ มากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.375	.540	ดี
12. การเรียนรู้ผ่านอุปกรณ์มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต	4.525	.554	ดีมาก
โดยรวม	4.531	.392	ดีมาก

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลปัญหาด้านสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้น เป็นแอปพลิเคชัน (ต้นแบบ) มีความทันสมัย ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ โดยบทเรียน E - learning การให้คำปรึกษาเบื้องต้นด้วยระบบอัตโนมัติ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล¹⁸

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มควบคุม มีสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นหลังทดลองใช้รูปแบบ โดยเฉพาะการพัฒนาเพื่อรู้จักตนเอง เกิดจากการเรียนรู้บทเรียนที่มีเนื้อหาส่งเสริมความเข้าใจตนเอง การจัดการกับอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งกิจกรรมตามรูปแบบครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทุกด้าน ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง เกิดการพัฒนาตนเองเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรม เข้าใจตนเองและตระหนักถึงการพัฒนาตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี¹⁹ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มีคะแนนต่ำ อาจเนื่องมาจากตารางเวลาการปฏิบัติงาน ไม่ค่อยมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา จึงมีนโยบายให้ทหารเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ²⁰

กลุ่มทดลองพอใจสื่อการเรียนรู้มีกราฟฟิก ภาพประกอบ และข้อความสวยงาม มากที่สุด รองลงมา คือแบบฝึกหัดท้ายเรื่องสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อการเรียนรู้ การจัดการเรียนรู้ด้วยบทเรียน E - learning จำเป็นต้องมีการผลิตสื่อที่ทันสมัยน่าสนใจ และมีองค์ความรู้สำคัญเฉพาะเรื่องอย่างกระชับและเข้าใจง่าย²¹ ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจต่ำกว่าแต่ยังอยู่ในระดับดี ได้แก่ การเข้าถึงบทเรียนได้ง่าย ทบทวนบทเรียนด้วยตนเอง และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้นั้น มีข้อคิดเห็นจากผู้ใช้รูปแบบว่ามีข้อจำกัดในการเข้าเรียนรู้อัตโนมัติด้วยตนเอง เมื่อพักจากการเข้าเวรปฏิบัติหน้าที่แล้ว ส่วนมากอยู่คนเดียว ไม่มีแรงจูงใจ และไม่มีคนอยู่ใกล้ ๆ ให้ปรึกษา ปัญหาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเรียนรู้ ส่วนมากเป็นผลมาจากอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศที่จำเป็นไม่เพียงพอ ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตไม่เพียงพอ และไม่เสถียร²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานบังคับบัญชาควรจัดการฝึกอบรมการนำรูปแบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตแบบบูรณาการไปใช้ให้แก่ ผู้ทำหน้าที่ดูแลกำลังพล ผู้บังคับบัญชา ครูฝึกทหาร และกำลังพลให้สามารถนำรูปแบบไปใช้ได้ตลอดระยะเวลาของการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และภายหลังการปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรพัฒนารูปแบบการดูแลปัญหาสุขภาพจิตสำหรับกำลังพลทหารทุกหน่วย

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Information on mental health assessment of Thai people 2023. Available from: <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>. (in Thai)
2. The Royal Thai Army Nursing College. Summary report on academic service activities of the Ministry of Defense for the period Sep-Nov 2023 regarding mental health screening and organizing health promotion activities for military personnel. Bangkok; 2023. (in Thai)
3. The Royal Thai Army Medical Department. Handbook for caring for the mental health of army personnel for the military personnel unit. Department of Psychiatry and Neurology. Phramongkutklao College of Medicine. Science Division. Bangkok; 2023. (in Thai)
4. Chiewsothorn S. Report on the results of screening for mental health problems among military personnel working in the 3 southern border provinces. The Royal Thai Army Nursing College. Bangkok; 2022. (in Thai)
5. Manor A., Prateepko T., Lateh A. Factors affecting health-promoting behaviors of police working in the three southernmost provinces, Pattani. *Journal of Education Prince of Songkhla University, Pattani Campus* 2019;29(2):123–32. (in Thai)
6. Leelukkanaveera Y., Longphimai C., Toonsiri C. Influencing factors of stress among The Royal Thai Navy in Narathiwat province. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(2):399-410. (in Thai)
7. Tieojaroenkit T. Peaceful means in Thai national security policies for the southern border. *Kalasin Governance Journal* 2020;9(1):304–43. (in Thai)
8. Kwanpichit C. Army medical center practice lesson southern border province internal security operations command region 4 (Front Section), Army Medical Center Southern border provinces, Narathiwat, 2013. (in Thai)
9. Setya C.W., Rina H., Yeni A., Meini S.S., The design and implementation of an educational multimedia Interactive operation system using LECTORA INSPIRE. *Elinvo Electronics, Informatics, and Vocational Education* 2017;2(1):74-9. Available from: <https://journal.uny.ac.id/index.php/elinvo/article/view/16633/9886>
10. Wongvanich S. Design research in education. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2023. (in Thai)
11. Chongruksa D, Prinyapol P. The Influence of resilience, coping strategies, and education on mental health among Thai Army Rangers deployed in southern provinces experiencing, Pattani, Hatyai *Academic Journal* 2019;17(1):33–47. (in Thai)
12. Rukskul I. Mental health status and attitudes among The Royal Thai Army personnel deployed for the peacebuilding process in southern provinces of Thailand. *The Royal Thai Army Medical Journal* 2011;64(2):66-73. (in Thai)
13. Kulesza M, Pedersen E., Corrigan P., Marshall G. Help-seeking stigma and mental health treatment seeking among young adult veterans. *Military Behavior Health* 2015;3(4):230-39.
14. Waitzkin H, Cruz M, Shuey B, Smithers D, Muncy L, Noble M. Military personnel who seek health and mental health services outside the military. *Military Medicine*. 2018;183(5):232-33.

15. Connor K, Davidson J. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
16. Amirkhan J. H. A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59(5):1066-74.
17. Uniphan J. Factors related to mental health self-care behavior of Thai people in the central region. Bangkok: Chulalongkorn University; 1991. (in Thai)
18. Digital health strategy Ministry of Public Health (2021 – 2025). Available from: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/263bec94c161efb9d61d3b1116dee9a4.pdf (in Thai)
19. Sasung C, Somprasert C, Vuthiarpa S. The effects of a behavioral modification program on the mental health self-care of persons with alcohol dependence. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020;21(3):191-202. (in Thai)
20. Sangkul P. The role of the Internal Security Operations Command Region 4, the front line in solving problems in the southern border area by driving the Thai Buddhist return to home project. [personal research documents]. Army War College; 2021. (in Thai)
21. Rodthong R. Development strategies for online learning of The Royal Thai Army branch schools. *Journal of Innovation in Educational Management and Research*. 2022;4(1):65-76. (in Thai)
22. Jantavongso S, Panaves R. The study of the use of information technology in learning for students in military courses: a case study of cavalry school, Cavalry Center, Royal Thai Army. 2022;28(1):128-68. Available from: <https://rilj.rsu.ac.th/journal/57/article/280> (in Thai)

Effects of Implementing Practice Guideline for an Online Appointment Referral System in the Outpatient Department of the Chiangkham Hospital Network, Phayao Province

Received: Apr 9, 2024

Revised: Aug 18, 2024

Accepted: Aug 20, 2024

Karnpitcha Chanthima, Dip in Nursing¹

Krittapat Fukfon, Ph.D.^{2*}

Theerawan Srisuwan, Dip in Nursing³

Abstract

Introduction: The online appointment referral system represents a healthcare innovation aimed at enhancing patients' access to specialized treatment and care.

Research objectives: This study aimed to assess the impact of implementing a practice guidelines for an online appointment referral system in the outpatient department of the Chiangkham Hospital network.

Research methodology: This study employed a quasi - experimental design with two groups and a pre - posttest comparison. The study focuses on the implementation of an online appointment referral system in the outpatient department. The study included a total of 670 patients, with 335 participants in each group, who were referred to Chiangkham Hospital, Phayao Province, for appropriate medical care. Additionally, 65 healthcare professionals participated in the study. Research tools included the online appointment referral system, a patient's intake form, a satisfaction form for healthcare personnel, and a patient satisfaction form, each with an index of item - objective of congruence (IOC) rating of 1.00. The Cronbach's alpha coefficient for the satisfaction forms was .89 and .86, respectively. The data were analyzed using statistical tests such as the Chi - square test, Fisher's exact test, and the Mann - Whitney U test.

Results: The implementation of the practice guideline led to a statistically significant increase in the percentage of patients accessing specialists ($\chi^2 = 219.535$). The screening rate also showed a significant improvement ($\chi^2 = 601.671$), and the time required for medical procedures was significantly reduced ($z = -3.891$). Furthermore, the waiting time to meet the medical specialist was significantly reduced ($z = -3.118$) compared to the period before the online appointment system was introduced ($p < .001$). Furthermore, both the health personnel and the patients expressed a high level of satisfaction.

^{1,3}Registered Nurse, Professional Level, Chiangkham Hospital Phayao Thailand. ¹Email: nummon5626@gmail.com,

³Email: eboola.3107@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Phayao Thailand. Email: krittapat.f@bcnpy.ac.th

Conclusions: The implementation of an online appointment referral system in the outpatient department proved to be effective in improving the accessibility to specialist healthcare services, including access to specialists, health screenings, and proper medical procedures.

Implications: The development and implementation of practice guideline for an online appointment referral system are recommended for all outpatient departments.

Keywords: online appointment, outpatient, guideline

ผลการใช้แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

Received: Apr 9, 2024

Revised: Aug 18, 2024

Accepted: Aug 20, 2024

กานต์พิชชา จันธิมา ป.พย.¹กฤตพัทธ์ ผีกฝน ปร.ด.^{2*}ธีระวรรณ ศรีสุวรรณ ป.พย.³

บทคัดย่อ

บทนำ: แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ เป็นนวัตกรรมทางสุขภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้าถึงการตรวจรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติ การรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ ผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลเชิงคำ

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลัง การใช้แนวทางปฏิบัติ การรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษา ที่โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 670 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 335 คน และทีมสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 65 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสุขภาพ และผู้ป่วย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟา เท่ากับ .89 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคร้สแควร์ การทดสอบของฟิชเชอร์ และสถิติทดสอบแมน - วิทนี ยู

ผลการวิจัย: หลังใช้แนวทางปฏิบัติ จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรกเพิ่มขึ้น ($\chi^2 = 219.535$) อัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ($\chi^2 = 601.671$) ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญลดลง ($z = -3.118$) และระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นสั้นลง ($z = -3.891$) จากก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความพึงพอใจของทีมสุขภาพ ($M = 4.38$, $SD = .61$) และผู้ป่วย ($M = 4.38$, $SD = .60$) อยู่ในระดับมาก

สรุปผล: แนวทางปฏิบัติ ฯ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ลดเวลารอคอย มีการคัดกรองความรุนแรง ให้ผู้ป่วยได้รับหัตถการที่จำเป็น ทีมสุขภาพและผู้ป่วยพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ: ควรนำแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ ไปใช้ให้ครอบคลุมการส่งต่อผู้ป่วยนอกทุกกลุ่มโรค

คำสำคัญ: ระบบนัดออนไลน์ ผู้ป่วยนอก แนวทางปฏิบัติ

^{1,3} วิทยาลัยวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเชิงคำ พะเยา ประเทศไทย ¹Email: nummon5626@gmail.com ³Email: eboola.3107@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พะเยา ประเทศไทย
Email: krittapat.f@bcnpy.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกมีนโยบายส่งเสริมความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า¹ ประเทศไทยได้บังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 มีผลทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น² ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเล็กน้อยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ในกรณีที่พบว่า มีความเจ็บป่วยซับซ้อนเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ดังการศึกษาการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลประเภทต่าง ๆ ของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก² สะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นแหล่งบริการสุขภาพหลักของประชาชนที่สามารถเข้าถึง เมื่อมีความต้องการด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนยังมีศักยภาพในการรักษาพยาบาลจำกัด ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยซับซ้อน รุนแรง และความต้องการของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จึงเป็นเหตุให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์เพิ่มขึ้น

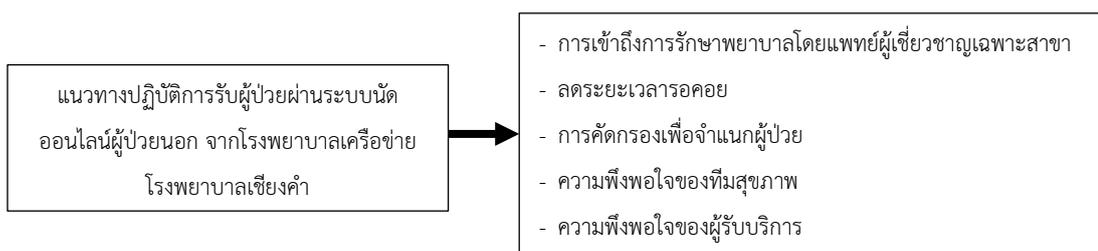
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ มีจำนวนผู้เข้ารับบริการ เฉลี่ย 365 คนต่อวัน เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา จึงมีการรับผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 4,368 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 6,144 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เฉลี่ย 26 คนต่อวัน³ การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารักษาต่อ พบปัญหาการให้บริการที่สำคัญ คือ 1) ขาดการประสานงานจากโรงพยาบาลต้นทางที่ส่งผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยมีใบส่งตัว แต่มาไม่ตรงวันเวลาที่แพทย์ออกตรวจ ต้องนัดหมายมาพบแพทย์เฉพาะทางในวันถัดไป 3) ผู้รับบริการขาดความพึงพอใจ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง 4) ไม่มีแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยที่ชัดเจน 5) ระบบการส่งต่อเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยขาดรายละเอียด และ 6) ขาดการประเมินคัดกรองและติดตามอาการในช่วงระยะเวลาของการส่งต่อ ทำให้โรงพยาบาลได้รับข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยนอก เช่น ความแออัดของผู้ป่วย ระยะเวลารอคอยนาน และผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเนื่องจากไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทาง เป็นต้น

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเชียงคำ มีหน้าที่ประสานงาน เพื่อการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเครือข่าย คัดกรอง ดูแล และจัดบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจรักษาตามความจำเป็น ได้เห็นความสำคัญ ในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ลดระยะเวลารอคอย และเข้าถึงแพทย์ตามความจำเป็น จึงร่วมกับทีมการพยาบาลผู้ป่วยนอกและสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการสร้างเครือข่ายการส่งต่อ การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การใช้ระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยลดระยะเวลารอคอยในการเข้าถึงการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางที่แผนกผู้ป่วยนอก⁴ ช่วยลดการใช้เอกสารในการส่งต่อ ผู้ใช้ระบบมีความพึงพอใจในระดับมาก⁵ ลดเวลาลงทะเบียน และลดต้นทุนค่าเสียโอกาสในการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว⁶ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการประเมินการเข้าถึงการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการส่งต่อ และการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลตามความเร่งด่วน และความจำเป็นของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อแต่ละราย

คณะผู้วิจัยจึงได้สร้างแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชียงคำ ตามแนวคิดลีน (Lean) ที่ประกอบด้วย การระบุคุณค่า การเขียนแผนผังสายธารคุณค่า การทำให้กระบวนการทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง การดึงด้วยการให้ผู้รับบริการเป็นผู้ดึงคุณค่าจากกระบวนการทำงาน และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ และการจัดการกับความสูญเปล่า⁷ เนื่องจากมีรายงานการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า การใช้แนวคิดลีนช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมงาน การประสานงาน การติดต่อสื่อสาร การพัฒนานวัตกรรม และความพึงพอใจในงาน⁸ โดยออกแบบเป็นแนวทางปฏิบัติที่เป็นระบบการนัดหมายออนไลน์ที่มีการติดต่อสื่อสารสองทาง การคัดกรองผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ ก่อนการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียงคำ และมีการคัดกรองในครั้งแรกที่พบผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางสุขภาพที่เหมาะสม ทันทีที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพสูงสุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดลีนของ Womack และ Jones⁷ มาออกแบบและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลเครือข่าย และแนวคิดการวิเคราะห์ความสูญเปล่าทางคลินิกของอนุวัฒน์ ศุภชุตikul⁹ มาเป็นแนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรก ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วย และระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึง และได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลเครือข่าย โรงพยาบาลเชียงคำ
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสุขภาพในการให้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลเชียงคำ

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรก ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วยเพิ่มมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ และระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึง และได้รับการทำหัตถการที่จำเป็น โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เร็วขึ้นกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ

2. ทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยนอกในระดับมากขึ้นไป ภายหลังจากใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบและประเมินผลหลังการทดลอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลเชิงคำ เพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร มี 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้รับบริการ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเชิงคำ จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชิงคำ ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อทั้งหมด 925 คน

ทีมสุขภาพ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชิงคำ และโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลภูซาง จังหวัดพะเยา และโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยี รวม 79 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลเชิงคำ ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยกำหนดกลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ คือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 จำนวน 335 คน และกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ คือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมารับการรักษา ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 335 คน เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ในกลุ่มคัดสรรหมดทั้งไปคัดสรรทางเดินปัสสาวะ คัดสรรโรคกระดูกและข้อ และสูตินรีเวชกรรม ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อทำการตรวจรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป เกณฑ์การคัดออก คือ ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ที่ไม่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ทีมสุขภาพ คือ บุคลากรทั้งหมดที่ปฏิบัติงาน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 ในแผนกผู้ป่วยนอกหรือเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเชิงคำ และโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 79 คน เกณฑ์การคัดออก คือ ย้ายที่ทำงาน หรือปฏิบัติงานในแผนผู้ป่วยไม่ครบ 3 เดือน ในช่วงของการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ จากโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลเชิงคำ ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดสั้น 5 หลักการสำคัญ คือ การระบุคุณค่าของการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ การเขียนแผนผังสายธารคุณค่าของการให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ การออกแบบ การปรับระบบการทำงานให้กระบวนการทำงานไหลลื่นอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประสานงานกับโรงพยาบาลต้นทางก่อนการส่งต่อผู้ป่วย การให้ผู้รับบริการเป็นผู้ตั้งคุณค่า

จากกระบวนการทำงาน และการปรับระบบการบริการผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ให้พัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความสมบูรณ์แบบ ได้แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยนอก 2 แนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย

1.1 แนวทางปฏิบัติการส่งต่อแบบผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมโรคกระดูกและข้อ และสูตินรีเวชกรรม ประเภทไม่ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายไปยังโรงพยาบาลเชิงคำ ประกอบด้วย การคัดกรองและประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ การประสานงานก่อนการส่งต่อผ่านระบบนัดออนไลน์ การเตรียมเอกสารส่งต่อ การให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการส่งตัวแก่ผู้รับบริการ การดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามผล

1.2 แนวทางปฏิบัติการรับผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมโรคกระดูกและข้อ และสูตินรีเวชกรรม ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ประกอบด้วย การใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ เพื่อดูข้อมูลการส่งตัวผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดหมายอย่างน้อย 1 วัน การติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อประเมินอาการและการคัดกรองเบื้องต้น ตรวจสอบเอกสาร ชักประวัติ ประเมินอาการ ตรวจร่างกายเบื้องต้น ตรวจสอบสัญญาณชีพ คัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวทางการคัดกรองและจำแนกผู้ป่วยนอกของกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ การส่งผู้ป่วยพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ตามลำดับความเร่งด่วน และการติดตามและประเมินผล

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรงพยาบาลต้นทาง ประเภทของผู้ป่วย วันที่ส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทาง วันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชิงคำ ประเภทของแพทย์ที่ผู้ป่วยพบเพื่อการตรวจรักษาครั้งแรก วันที่ผู้ป่วยได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา วันที่ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยหรือญาติ เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือญาติที่มีต่อการได้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเชิงคำ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ประมาณค่า 5 ระดับ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจทีมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสุขภาพที่มีต่อการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ประมาณค่า 5 ระดับ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดที่พัฒนาขึ้นผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องด้านการให้บริการผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ ฯ และตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษา และภาษาที่ใช้ คำนวณค่า Index of item - objective of congruence (IOC) ได้เท่ากับ 1.00 แบบประเมินความพึงพอใจทั้ง 2 ฉบับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

จำนวน 15 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ เลขที่ 22/2566 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 การเก็บข้อมูล คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย และเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัย และการยินยอมโดยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับ และถูกนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2567 โดยรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยในระบบสารสนเทศผู้ป่วยนอก ก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นประชุมทีมสุขภาพผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ฯ แจกคู่มือแนวทางปฏิบัติ ฯ ตรวจสอบการดำเนินงานของทีมสุขภาพภายหลังทดลองใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 โดยการจับคู่ความคล้ายคลึงกันของเพศ อายุ และโรงพยาบาลต้นทาง เนื่องจากแต่ละโรงพยาบาลมีศักยภาพในการรักษาต่างกัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม (Matching) และประเมินความพึงพอใจ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรก อัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Non - parametric statistics ได้แก่ Chi - square test, Fisher's exact test และ Mann - Whitney U Test

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ตามเกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดได้ 335 คน และได้รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ จำนวน 335 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน กลุ่มก่อนใช้แนวทางปฏิบัติ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.00 มีอายุเฉลี่ย 54.77 ปี (SD = 16.858) ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลจุน และโรงพยาบาลเทิงมากที่สุด เท่ากันทั้ง 2 โรงพยาบาล ร้อยละ 26.60 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 49.90 สำหรับกลุ่มหลังใช้แนวทางปฏิบัติ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.80 มีอายุเฉลี่ย 56.21 ปี (SD = 15.705) ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลจุนมากที่สุด ร้อยละ 32.50 ส่วนมากผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 47.80 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพ

ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 65 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 86.15 (56 คน) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 7.69 (5 คน) แพทย์ ร้อยละ 4.62 (3 คน) และเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยี ร้อยละ 1.54 (1 คน)

ส่วนที่ 2 ผลการใช้แนวปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์แผนกผู้ป่วยนอก

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ในครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลเชิงคำ จำแนกตามประเภทของแพทย์ และการได้รับการคัดกรอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ในครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลเชิงคำ จำแนกตามประเภทของแพทย์ และการได้รับการคัดกรอง ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ

ตัวแปร	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 335)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 335)		Chi -Square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประเภทของแพทย์						
แพทย์ทั่วไป	175	52.2	5	1.5	219.535	.000
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา	160	47.8	330	98.5		
การคัดกรอง						
ไม่ได้คัดกรอง	335	100.0	18	5.4	601.671	.000
คัดกรอง	0	.0	317	94.6		

$p < .001$

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรกที่โรงพยาบาลเชิงคำ ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 155 ราย มาโรงพยาบาลครั้งแรกโดยไม่ได้พบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในขณะที่กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ มีจำนวน 5 ราย เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ในครั้งแรกที่มาโรงพยาบาลเชิงคำ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ

ตัวแปร	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 5)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 15)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรก	82.55	12795.00	17.00	85.00	- 3.118	.000

$p < .001$

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็น โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ พบว่ากลุ่มก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการจำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจำนวน 92 ราย และ 176 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการจำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาตามวัตถุประสงค์ของการส่งต่อ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ

ตัวแปร	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ		Z	p-value
	(n = 92)		(n = 176)			
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา	159.41	14666.00	121.48	21380.00	- 3.891	.000

$p < .001$

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนโดออนไลน์

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วย ร้อยละ 64.18 (215 คน) และญาติ ร้อยละ 35.82 (120 คน) ต่อการได้รับบริการส่งต่อภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 335 คน มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (SD = .60) และความพึงพอใจของทีมสุขภาพหลังการใช้แนวปฏิบัติ ฯ ร้อยละ 82.28 (65 คน ที่ตอบกลับแบบสอบถาม จากประชากรทั้งหมด 79 คน) มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (SD = .61)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ทำให้ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในครั้งแรก ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วย และระยะเวลาเฉลี่ยในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ดีกว่าก่อนการใช้แนวทางปฏิบัติ อภิปรายได้ว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามแนวคิดคลื่น ช่วยขจัดความสับสนที่เกิดขึ้น⁷ ในขั้นตอนของการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อ ประกอบกับมีการใช้ไลน์แอปพลิเคชัน และปรับวิธีการนัดหมายในโปรแกรม HosxP เป็นระบบออนไลน์ที่ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของระบบการส่งต่อออนไลน์^{8,10} เกิดความสะดวกในการประสานงาน ผู้ป่วยมาตรงวันนัดหมายที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาออกให้บริการ จึงทำให้ร้อยละของการเข้าถึงการตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในครั้งแรก เพิ่มสูงขึ้น ช่วยลดระยะเวลารอคอยการเข้าถึงแพทย์ และลดระยะเวลาในการได้รับการทำหัตถการที่จำเป็นโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้ตามลำดับ สอดคล้องกับการวิจัยที่ พบว่า การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย ช่วยลดระยะเวลารอคอยในการเข้าถึงการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางที่แผนกผู้ป่วยนอก⁴

การวิจัยนี้ยัง พบว่า ภายหลังใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ทำให้เพิ่มอัตราการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เนื่องจากมีระบบการติดต่อผู้ป่วยล่วงหน้าผ่านทางโทรศัพท์และหรือช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน

เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและเตรียมพร้อมเพื่อรับการตรวจรักษาในวันนัดหมาย และพยาบาลวิชาชีพมีการคัดกรองผู้ป่วยอีกครั้งในวันหมาย ณ จุดคัดกรอง ตามหลักเกณฑ์การคัดกรองจำแนกผู้ป่วยของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ เพราะผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารับการรักษาส่วนมากเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพความรีบด่วน จะได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางก่อน

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ทำให้ทีมสุขภาพและผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการผู้ป่วยนอกในระดับมาก เนื่องจากในแนวทางปฏิบัติ ฯ ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน มีคู่มือที่อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถประสานงานกับเครือข่ายโรงพยาบาลได้ทันเวลา และทีมสุขภาพเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน จึงทำให้ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ดังการศึกษา การพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีขั้นตอนชัดเจนตั้งแต่การประสานงาน การส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วน การเฝ้าระวังปัญหาที่ไม่พึงประสงค์ และการใช้ระบบรับส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบออนไลน์ที่ช่วยให้ทีมสุขภาพเกิดความพึงพอใจ⁸ ทั้งนี้ ยังพบปัญหาการใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ที่ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล และทีมผู้เกี่ยวข้อง ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยทางโทรศัพท์ล่วงหน้าได้ และทีมสุขภาพต้องปรับตัวต่อการใช้ระบบบริการใหม่ จึงทำให้ความพึงพอใจยังไม่อยู่ในระดับมากที่สุด จึงจำเป็นต้องประเมินความพึงพอใจในระยะยาวหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก อภิปรายได้ว่า การใช้แนวทางปฏิบัติ ฯ ช่วยลดเวลารอคอยผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้เร็วขึ้น ลดความกังวล และตอบสนองความต้องการตรวจรักษา กับแพทย์เฉพาะทาง จึงทำให้ผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจในระดับมาก¹¹⁻¹² ทั้งนี้ สาเหตุที่ยังทำให้ความพึงพอใจไม่อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจรักษา และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลต้นทางซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่สามารถให้ข้อมูลการตรวจรักษาได้อย่างละเอียด เพราะต้องรอผลการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา จึงทำให้ไม่ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ ในแผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมโรคกระดูกและข้อ และสูตินรีเวชกรรม จึงควรมีการนำแนวปฏิบัติการรับผู้ป่วยผ่านระบบนัดออนไลน์ไปใช้กับแผนกผู้ป่วยนอก ทุกแผนกของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

ควรศึกษาผลของการใช้นโยบายปฏิบัติในระยะยาว 6 เดือนหรือ 1 ปี และควรมีการประเมินผลลัพธ์อื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อในแต่ละวัน

References

1. WHO. Universal health coverage (UHC). 2023 Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
2. Viriyathorn S, Yaowaluk W, Tisayaticom K, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Limwattananon C, et al. The inpatient and outpatient utilization by health care providers of Thai population in 2015. *Journal of Health System Research* 2017;11(2):155-69. (in Thai)
3. Chiangkham Hospital. Patients' registry database. Phayao: Chiang Kham Hospital; 2023. (in Thai)
4. Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann M. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review* 2018;42(3):286-93. Available from: <https://doi.org/10.1071/ah16275>
5. Rojanasaksothron S. Development of smart referral system in the 10th Public Health Region. *Journal of Health Research and Development, Nakorn Ratchasima Provincial Public Health Office* 2022;18(1):125-34. (in Thai)
6. Suwatmakim A, Phanthunane P, Suksak A, Wattanasaovaluk K, Tangchaisuriya U, Tonmukayakul U, et al. An evaluation of electronic referral system: a case study of hospitals in the second service network Chiang Mai Province, Thailand. 2023;16(2):127-42. (in Thai)
7. Womack JP, Jones DT. *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simom & Schuster; 2003.
8. Mahmoud Z, Angelé-Halgand N, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Services Research* 2021 26;21(1):383. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06344-0>
9. Supachutikul A. Lean and quality improvement of health service system. 2559. Available from: <http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/Lean/Lean60.pdf>
10. Department of Medical Services. MOPD ED. Triage. Academic Office of Department of Medical Services; 1998. Available from: https://www.nkctph.go.th/attachments/article/133/กระบวนการคัดกรอง%20_Triage_MOPHEDTRIAGE.pdf
11. Ren W, Lei S, Tarimo CS, Li Q, Wu J. The situation and influencing factors of outpatient satisfaction in large hospitals: Evidence from Henan province, China. *BMC Health Services Research* 2021;21(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06520-2>
12. Chandra S, Ward P, Mohammadnezhad M. Factors associated with patient satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A mixed method study. *Frontiers in Public Health* 2019. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00183>

The Development of A Discharge Planning Model for Spinal Surgery Patients

Received: Jun 4, 2024

Revised: Aug 22, 2024

Accepted: Aug 23, 2024

Todsaporn Tongyoy, M.N.S^{1*}

Abstract

Introduction: Spine surgery patients are more likely to have post - surgery wound infections and other complications. This requires a discharge plan that will help improve their ability to take care of oneself.

Research objectives: To develop and examine the effectiveness of a discharge planning model for spinal surgery patients.

Research methodology: This research utilized a research and development approach. The sample group consisted of 1) 8 professional nurses and 2) 50 spinal surgery patients, divided into an experimental group and a comparison group of 25 people each. The tools used in the research included 1) group discussion questions, 2) discharge planning model for spinal surgery patients, 3) patient self - care behavior questionnaire, and 4) patient satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t - test.

Results: The discharge planning model consisted of 5 steps including assessing the problems and needs of patients and caregivers, nursing diagnosis, distribution planning, implementation of the plan, and nursing evaluation. After developing the model, it was found that spine surgery patients had significantly higher self - care behaviors and satisfaction than patients receiving routine discharge planning at the level of .05. There were no readmissions to the hospital.

Conclusion: Applying the discharge planning model for spinal surgery patients can enhance self - care behaviors and satisfaction of patients with spine surgery. Moreover, the model can decrease the likelihood of readmissions.

Implications: The results of this research provide valuable insights for discharge planning of other patient groups. It is important to tailor the discharge planning to address the unique problems and needs of each specific patient population.

Keywords: development, discharge planning model, spinal surgery patients

^{1*}Corresponding author: Professional Nurse, Thabo Crown Prince Hospital, Nongkhai, Thailand. Email: Todtong@kkumail.com

การพัฒนาแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

Received: Jun 4, 2024

Revised: Aug 22, 2024

Accepted: Aug 23, 2024

ทศพร ทองย้อย พย.ม^{1*}

บทคัดย่อ

บทนำ: ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีโอกาสที่แผลจะติดเชื้อหลังการผ่าตัดและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยและพัฒนาโดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 8 คน และ 2) ผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน รวม 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม 2) แบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 3) แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Independent t - test

ผลการวิจัย: แบบการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนจำหน่าย การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล หลังการพัฒนาแบบพบว่าผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง มีพฤติกรรมดูแลตนเองและความพึงพอใจสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่มีผู้ป่วยกลับมาพักรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สรุปผล: แบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง และยังช่วยลดการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เกี่ยวข้องโดยจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการเฉพาะ ที่อาจแตกต่างจากผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

คำสำคัญ: การพัฒนา แบบการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

^{1*}Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หนองคาย ประเทศไทย Email: Todtong@kkumail.com

บทนำ

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมจำนวน 309.6 ต่อ 1,000 คน¹ พบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ที่สูบบุหรี่ ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ กระดูกสันหลังบริเวณเอวข้อที่ 4 - 5 (Lumbar spine 4 - 5)² ทำให้เกิดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ร้อยละ 95 ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานมากจากอาการปวดหลัง³ อาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) เป็นกลุ่มอาการปวดเรื้อรังที่ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ พบมากถึงร้อยละ 50 - 80 ของประชากรโลก^{4,5} และเป็นอันดับที่ 2 ในทวีปยุโรป⁴ ในประเทศไทยพบร้อยละ 20.7 ในประชาชนวัยทำงาน อายุระหว่าง 20 - 60 ปี โดยประมาณร้อยละ 43 ของคนวัยทำงานเคยมีอาการปวดหลัง ซึ่งมักเป็นเรื้อรังหายยาก⁶ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย ระบบเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ

แนวทางการรักษามีตั้งแต่การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัด และการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษา แต่การผ่าตัดดังกล่าวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น การตกเลือด ภาวะช็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด และแผลติดเชื้อ เป็นต้น ต้องใช้เวลารักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6 - 8 วัน⁶ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย รวมถึงการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน สิ่งสำคัญของการดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้แก่ การสร้างความรู้ ความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดสมรรถนะแห่งตน และสามารถกลับไปดูแลกันเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากกลับบ้าน โดยผ่านกระบวนการจำหน่าย⁷

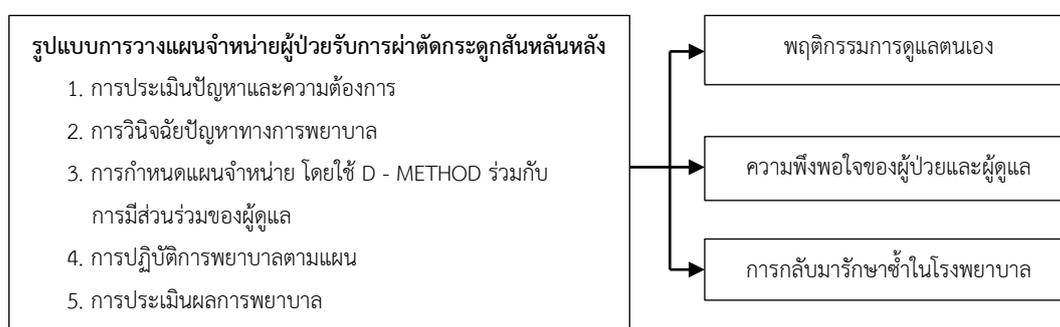
การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในการเตรียมผู้ป่วย ผู้ดูแลให้พร้อมในการช่วยเหลือดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁸ และจากความสำคัญนี้จึงถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพและมาตรฐานการพยาบาลของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital accreditation: HA) หมวดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ลดระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งเพิ่มความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้วย⁹

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีผู้เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำนวน 136, 152 และ 159 ราย ตามลำดับ และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำคิดเป็นร้อยละ 3.8, 4.2 และ 3.9 ตามลำดับ¹⁰ เนื่องจากผู้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน ภายหลังจากการจำหน่ายมีโอกาสที่แผลจะติดเชื้อและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่ต้องมีระบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อยังไม่มี การวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค แต่มีทีมสหสาขาวิชาชีพมาร่วมดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการใส่ยา อาการผิดปกติที่นำผู้ป่วยมาก่อนนัด กำหนดวันนัด การดูแล และการตรวจพิเศษต่าง ๆ ข้อมูลเหล่านี้ผู้ป่วยและญาติจะได้รับในวันที่จำหน่าย ซึ่งมักจะทำด้วยความเร่งรีบและใช้เวลาสั้น ๆ ในการให้ความรู้ทั่วไป ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยการศึกษาสภาพปัญหาจากพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแล พัฒนารูปแบบเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีภายหลังจำหน่ายคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี มีความพึงพอใจ และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคเคีฮันและคูลตัน¹¹ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนจำหน่าย 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D - METHOD¹² ซึ่งครอบคลุมในการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease) ยา (Medication) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment and economic) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Treatment) การดูแลสุขภาพ (Health) การมาตรวจตามนัด การส่งต่อ (Outpatient/ Referral) และอาหาร (D: Diet) ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังขึ้นแล้วนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้กับผู้ป่วย และประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วย และจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังการจำหน่าย 28 วัน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ผู้วิจัยใช้การสอบถามพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังถึงสภาพปัญหา อุปสรรคและความต้องการในการวางแผนจำหน่ายที่มีอยู่ในปัจจุบัน และสิ่งที่ต้องการพัฒนา เพื่อนำข้อมูลไปสร้างและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 8 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ทำงานดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ (2) ยินดีให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มในวันและเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมสนทนาร่วมกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากนั้นผู้วิจัยสร้างและพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่าย โดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสันและคูลตัน¹¹ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนจำหน่าย 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D - METHOD¹² ซึ่งครอบคลุมในการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease) ยา (Medication) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ (Environment and economic) การปฏิบัติตามแผนการรักษา (Treatment) การดูแลสุขภาพ (Health) การมาตรวจตามนัด การส่งต่อ (Outpatient/ Referral) และอาหาร (D: Diet) จากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมแสดงความคิดเห็นถึงรูปแบบการจำหน่ายที่พัฒนาขึ้น และนำมาพัฒนา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย จำนวน 8 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 25 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) อายุ 20 ปีขึ้นไป (2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ (3) มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พัฒนาโดยใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสันและคูลตัน¹¹

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และ 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า .95

ระยะที่ 3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่พัฒนาขึ้น โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่เข้ารับการรักษาตัวในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 50 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท และเข้ารับรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านออกเขียนได้ (4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ G*power¹³ โดยให้มีค่าขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ .80 และค่าอำนาจในการทดสอบทางสถิติ .90¹⁴ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และบวกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20¹⁵ ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องการในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบ ฯ ที่พัฒนาขึ้น ดังนี้

1. ดำเนินการกับกลุ่มเปรียบเทียบ (Pre - test) จำนวน 25 คน ใช้การวางแผนจำหน่ายแบบเดิมที่เคยปฏิบัติอยู่ตามประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ และประเมินผลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

2. ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง (Post - test) จำนวน 25 คน ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่พัฒนาขึ้นเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
1 (แรกรับ)	<p>กิจกรรมเตรียมความพร้อมและประเมินความพร้อม (ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที)</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและความต้องการ ของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย กำหนดข้อวินิจฉัยของผู้ป่วยแต่ละราย จากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่าย กำหนดกิจกรรมวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D - METHOD ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> D = Disease ความสนใจในการแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ การเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติ M = Medication การได้รับทราบถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง การสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา E = Environment & Economic การได้รับทราบเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาดมีความเป็นระเบียบ ให้เหมาะสมกับสถานะผู้ป่วยเพื่อสุขอนามัยที่ดี T = Treatment ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลให้เข้าใจเป้าหมายการรักษา มีความรู้ในการปฏิบัติตัวตามการรักษา เช่น การทำแผล เป็นต้น H = Health การได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายตามความเหมาะสม O = Outpatient/ referral การได้รับข้อมูลความสำคัญของการมาตรวจตามนัดการติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน D = Diet การได้รับความรู้และเข้าใจเรื่องอาหารและน้ำ สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีสารอาหารครบ 5 หมู่ <p>4. ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายโดยให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค สาเหตุ แผนการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับตามรูปแบบ D - METHOD เป็นรายบุคคล โดยใช้คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผนพับความรู้โรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด</p>

ตารางที่ 1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (ต่อ)

ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
2 (วันที่ 2 - 4)	กิจกรรมปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย (ระยะที่รักษาตัวในโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที) ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะได้จากการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามรูปแบบ D - METHOD
3 (วันที่ 4 - 5)	กิจกรรมจำหน่ายกลับบ้าน (ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที) ทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องประเมินผลความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามรูปแบบ D - METHOD ประเมินผลการวางแผนจำหน่ายโดยให้ตอบแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองและแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย
4	การติดตามทางโทรศัพท์ (ระยะติดตามผลใช้เวลาประมาณ 5 นาที) ติดตามผลภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 28 วันโดยวิธีโทรศัพท์และติดตามการมาตรวจตามนัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยครอบคลุมตามกรอบแนวคิด D - METHOD ประกอบด้วยข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งหมด 25 ข้อ แบบคำถามเชิงบวก 18 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 7 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติได้เป็นประจำ หรือ 7 วันต่อสัปดาห์ 4 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติได้บ่อยครั้ง หรือ 3 - 6 วันต่อสัปดาห์ 3 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติได้เป็นบางครั้ง หรือ 2 วันต่อสัปดาห์ 2 หมายถึง ผู้ป่วยปฏิบัติได้นาน ๆ ครั้ง หรือ 1 วันต่อสัปดาห์ และ 1 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติเลย เกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ปฏิบัติได้นาน ๆ ครั้ง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวนทั้งหมด 6 ด้าน 15 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์ในการแปลผล ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง พึงพอใจน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

4. แบบบันทึกการกลับเข้มารักษาค้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสำหรับบันทึกสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติ และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 28 วัน โดยวิธีโทรศัพท์ และติดตามการมาตรวจตามนัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และ 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ .89 และ 1.00 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .75 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA No.NKPH0106 ลงวันที่ 28 กันยายน 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t - test
3. วิเคราะห์จำนวนการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน โดยคิดเป็นร้อยละ

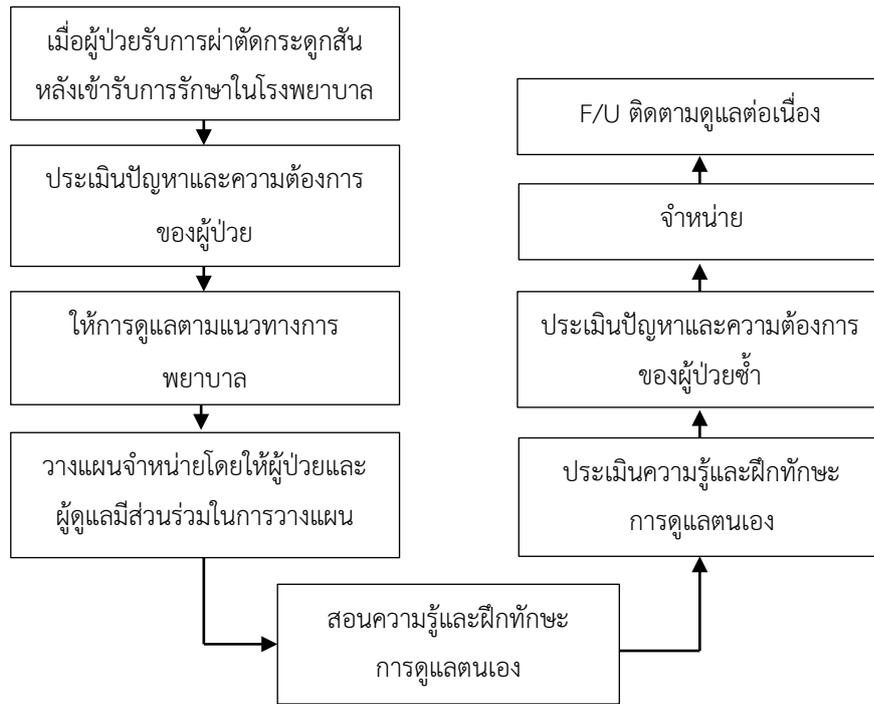
ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

พบว่า มีนโยบายการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน แต่ไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน เป็นการวางแผนจำหน่ายตามประสบการณ์ การวางแผนจำหน่ายแบบไม่เป็นระบบ ขาดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังร่วมกันระหว่างบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมทั้งขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนจำหน่าย ไม่มีการติดตามประเมินผลการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจนและต่อเนื่อง

2. การสร้างและพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายจากการประชุมกลุ่มระดมสมองได้สรุปกร่างรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังขึ้นใหม่เพื่อให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับผู้ป่วย และเป็นแนวทางเดียวกัน โดยได้จัดทำผังการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Flowchart) ที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการติดตามต่อเนื่อง ภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 28 วัน โดยวิธีโทรศัพท์ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Flowchart การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

โดยรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการติดตามต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูล การสอนให้ความรู้เริ่มจากกระบวนการประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนจำหน่าย การนำแผนจำหน่ายไปใช้ และการติดตามและประเมินผล โดยใช้คู่มือแผนการสอนผู้ป่วย แผ่นพับความรู้โรคกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทและการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 64.00 และ 56.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ 51 - 60 ปี ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 44.00 และ 36.00 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 96.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดคือ จบชั้นประถมศึกษา ทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 88.00 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 68.00 และ 60.00 ตามลำดับ และสัทธิคารักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 92.00 และ 84.00 ตามลำดับ

3.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.12$, $SD = .41$) ส่วนกลุ่มทดลองพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.46$, $SD = .19$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	n	พฤติกรรมการดูแลตนเอง		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	25	4.46	.19	24.39	< .001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	3.12	.41		

p < .001

3.3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.58, SD = .17) ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่พัฒนาขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด (M = 4.81, SD = .12) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ความพึงพอใจ		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	25	4.81	.12	31.75	< .001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	3.58	.17		

p < .001

3.4 การกลับมาพักฟื้นในโรงพยาบาล จำนวนการกลับมาพักฟื้นในโรงพยาบาลของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับมาพักฟื้นในโรงพยาบาลร้อยละ 12.00

อภิปรายผลการวิจัย

สภาพปัญหาและความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พบว่า แม้จะมีนโยบายการวางแผนจำหน่าย แต่ไม่มีการปฏิบัติทั้งด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ ด้านผลลัพธ์ที่ชัดเจน เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายเดิมไม่มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน แม้กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลจะมีการนำนโยบายการวางแผนจำหน่ายตามนโยบายของโรงพยาบาลมาใช้ แต่ไม่ได้กำหนดเป็นการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า อุปสรรคการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ไม่มีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐานสำหรับ การอำนวยความสะดวกในกระบวนการจำหน่าย การปฏิบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน¹⁶ การวางแผนจำหน่ายในรายที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นอยู่กับการตัดสินใจทางคลินิกที่แตกต่างกันตามโรงพยาบาล ไม่มีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายเฉพาะโรค ถ้าหากไม่มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ชัดเจนจะทำให้

ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมในประเด็นที่จำเป็นต้องทราบ และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย ไม่มาตรวจตรงตามเวลานัด ไม่ได้รับประทานยา ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและเหมาะสม จนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน (Re-admission)¹⁷

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนจำหน่าย 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ในการกำหนดแผนจำหน่ายนั้นได้กำหนดร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแลรวมทั้งประยุกต์กิจกรรมตามรูปแบบ D - METHOD เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างทีมสหวิชาชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการพัฒนาแบบแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้กำหนดรูปแบบร่วมกัน ทำให้เกิดความชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการ การดูแล การจัดกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายต่อเนื่อง ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมตามองค์ประกอบของการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ¹⁸

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการพัฒนาทำให้เกิดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน และได้นำรูปแบบการพัฒนาที่ประกอบด้วยคู่มือการวางแผนจำหน่าย คู่มือแผนการสอน แผ่นพับความรู้โรคกระดูกสันหลังทับสารทและการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมาใช้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง¹⁹ ลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และมีคะแนนภาวะสุขภาพหลังให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²⁰

ผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด เนื่องจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่ายของแมคคีสันและคูลตัน¹¹ ประกอบด้วย 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล 3) การกำหนดแผนจำหน่าย 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังได้รับทราบแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม หรือแผนการรักษาที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านี้ ทำให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ สอดคล้องกับการศึกษาที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมากที่สุด²¹

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 12.00 อธิบายได้ว่า รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังจากใช้แนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดการกลับมารักษาค้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาค้ำหลังจำหน่ายภายใน 28 วัน²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเหมาะสมกับการใช้งานในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หากหน่วยงานอื่นจะนำไปประยุกต์ใช้ต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาและความต้องการเฉพาะที่อาจแตกต่างจากผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือนหรือ 1 ปี และศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังต่อคุณภาพชีวิตภายหลังการจำหน่าย

References

1. Ministry of Public Health. Cause of morbidity by region per 1,000 population. 2017 Available from: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/stratistics60.pdf>
2. Karnget N. Nursing of spine surgery patients: Case studies. 6th National Conference Nakhon Ratchasima College; 2019. (in Thai)
3. Santiworabutr S. Effects of self-efficacy promotion program on the quality of recovery after surgery and the daily routine of postoperative patient's Lumbar spine surgery [dissertation]. Bangkok: Christian University; 2018. (in Thai)
4. Fatoye F, Gebrye T, Odeyemi I. Real-world incidence and prevalence of low back pain using routinely collected data. *Rheumatol Int* 2019;39(2):619-26.
5. Stevans JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, et al. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA Netw Open* 2021;4(2):e2037371.
6. Yoyuenyong C, Srimongkot P. Factors predicting the recovery of activity of daily living function in patients undergoing lumbar surgery. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2015;16(1):62-9. (in Thai)
7. Taeviriyakul C, Cheevakasemsook A, Pinyopasaku W. The development of a discharge planning model for elderly patients with Pneumonia at Central Chest Institute of Thailand. *Thai Journal of Nursing* 2020;69(3):35-43. (in Thai)

8. Wiangnon S. Development of a discharge planning with empowerment enhancement model for elderly patients with Pneumonia, Thung Khao Luang hospital. *Journal of Research and Health Innovative Development* 2024;5(1):328-41. (in Thai)
9. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). *Hospital and healthcare standards 4th Ed.* Nonthaburi: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2018. (in Thai)
10. Thabo Crown Prince Hospital. *Statistics of patients admitted to hospital report; 2023.* (in Thai)
11. McKeehan KM, Coulton CJ. A system approach to program development for continuity of care in hospitals. In: McClelland, KM, Kelly K, Buckwalter K, editors. *Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning.* Florida: Grune & Stratton; 1985. p. 79-92.
12. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. *Distribution planning guidelines.* Patients, Nursing Division. Bangkok: Thammasat University Printing House. 1996. (in Thai)
13. Sanitlou N, Sartphet W, Naphaarrak Y. Sample size calculation using G*Power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology* 2019;5(1):496-506. (in Thai)
14. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
15. Lemeshow S, David W, Hosmer Jr, Jannelle K, Lwanga SK. *Adequacy of sample size in health studies.* New York: John Wiley & Sons; 1990.
16. Wong EL, Yam CH, Cheung AW, Leung MC, Chan FW, Wong FY, et al. Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BioMed Central Health Services Research* 2011;11(1):1-10.
17. Chairin B, Akkadechanunt T, Sirakamon S. Quality improvement of discharge planning for patients with acute myocardial infarction in cardiac care unit, Nakorping Hospital, Chiang Mai Province. *Nursing Journal* 2020;47(3):389-99. (in Thai)
18. Thiwong P, Cheevakasemsook A, Pinyopasakul W. The development of a discharge planning model for pediatric patients with Athma at Sunpasitthiprasong Hospital. *Thai Journal of Nursing* 2020;69(2):21-9. (in Thai)
19. Sanprasan P, Wattradul D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): Perspective of elderly patients with Ischemic heart disease and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2017;28(1):142-53 (in Thai)
20. Srisuk R. *Effects of the discharge planning program for elderly patients with heart failure focusing on self-care behavior and health status.* [dissertation]. Samut Prakan: Huachalew Chalermprakiet University; 2015. (in Thai)

บทความวิจัย

The Effective of Using Clinical Nursing Practice Guideline for Sepsis Patients in Emergency Department, Kongkrailat Hospital, Sukhothai Province

Received: Mar 26, 2024

Revised: Aug 19, 2024

Accepted: Aug 21, 2024

Nisa Samphaongern, M.N.S¹

Panarat Chenchob, Ph.D^{2*}

Narumon Ekthamasut, Ph.D³

Abstract

Introduction: A clinical nursing practice guideline (CNPg) for sepsis patients has been established to enhance patient safety and improve care efficacy.

Research objectives: To develop and examine of CNPg for sepsis patients in the emergency department of Kongkrailat Hospital, Sukhothai.

Research methodology: This action research was conducted in four phases: 1) Planning, 2) Action, 3) Follow - up, and 4) Reflection. A purposive sampling method was used to select two groups of 30 participants each: a comparison group and an experimental group. The study utilized the CNPg, patient management record form and a nurse satisfaction questionnaire as instruments. Data analysis employed descriptive statistics and percentage change calculations.

Results: The CNPg included 1) Patient screening (Triage), 2) Emergency Care, and 3) Coordinate for hospital admission. The implementation of the CNPg led to a 60% reduction in mortality rates and a decrease in sepsis - related complications. The referral rate decreased by 21.43% within the first hour of admission, and registered nurses reported high satisfaction with the guideline (M = 4.64, SD = .49).

Conclusions: The CNPg for sepsis patients in emergency department effectively enhanced patient outcomes and increased nurse satisfaction.

Implications: The guideline can serve as a model for implementation in other emergency departments.

Keywords: clinical nursing practice guideline, sepsis patient, emergency department

¹Registered Nurse, Senior Professional Level Emergency Department, Kongkrailat Hospital, Sukhothai, Thailand.

Email: samphaongoennisa@gmail.com

^{2*}Corresponding author: Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Buddchinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute, Phitsanulok, Thailand. Email: panarat0923@gmail.com

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Northern College, Tak, Thailand. Email: narumon.naja@gmail.com

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

Received: Mar 26, 2024

Revised: Aug 19, 2024

Accepted: Aug 21, 2024

นิสา สำเภารเงิน พย.ม¹

พนารัตน์ เจนจบ ปร.ด.^{2*}

นฤมล เอกธรรมสุทธิ์ ปร.ด.³

บทคัดย่อ

บทนำ: การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ติดเชื้ในกระแสเลือดที่มีมาตรฐาน จะเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน พัฒนาแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ 2) การปฏิบัติการพัฒนา แนวปฏิบัติ และนำไปใช้กับผู้ป่วยตามแผน 3) การติดตามผลการปฏิบัติ สังเกตและติดตามผลลัพธ์ และ 4) การสะท้อนคิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะติดเชื้ในกระแสโลหิตที่เข้ารับการรักษา ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกงไกรลาศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด ๑ แบบบันทึกการดูแลรักษาผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ๑ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน และเปอร์เซ็นต์ความแตกต่าง

ผลการวิจัย: แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย (Triage) 2) การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน 3) การประสานเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผลจากการใช้ แนวปฏิบัติ ๑ อัตราการตายลดลง ร้อยละ 60 ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้ในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 71.48 อัตราการส่งต่อภายหลัง Admit 1 ชั่วโมงแรกลดลง ร้อยละ 21.43 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก (M = 4.64, SD = .49)

สรุปผล:แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะติดเชื้ในกระแสเลือดในแผนกฉุกเฉินมีประสิทธิภาพในการเพิ่ม ผลลัพธ์การศึกษา และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ:แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางประยุกต์ใช้ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลอื่นต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกงไกรลาศ สุโขทัย ประเทศไทย Email: samphaongoenisa@gmail.com

^{2*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก พิษณุโลก ประเทศไทย Email:panarat0923@gmail.com

³อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ดาก ประเทศไทย Email: narumon.naja@gmail.com

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) มีอัตราการตายที่สูง Surviving Sepsis Campaign (SSC) ระดับโลกพบมีการเสียชีวิต 7 ล้านถึง 9 ล้านคนต่อปี หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 3.5 วินาที¹ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง 72,836 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 19,256 ราย อัตราตายร้อยละ 32.28 ในปี 2562 จำนวนผู้ป่วยรุนแรง 743 ราย จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต 421 ราย อัตราตายร้อยละ 57.74² สำหรับแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกองโกลาต ในปี 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือด จำนวน 109 คน โดยมีผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก ร้อยละ 39.45 และมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 16 การลดความรุนแรงของภาวะอวัยวะล้มเหลว สามารถลดอัตราการเสียชีวิต³ และผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวได้

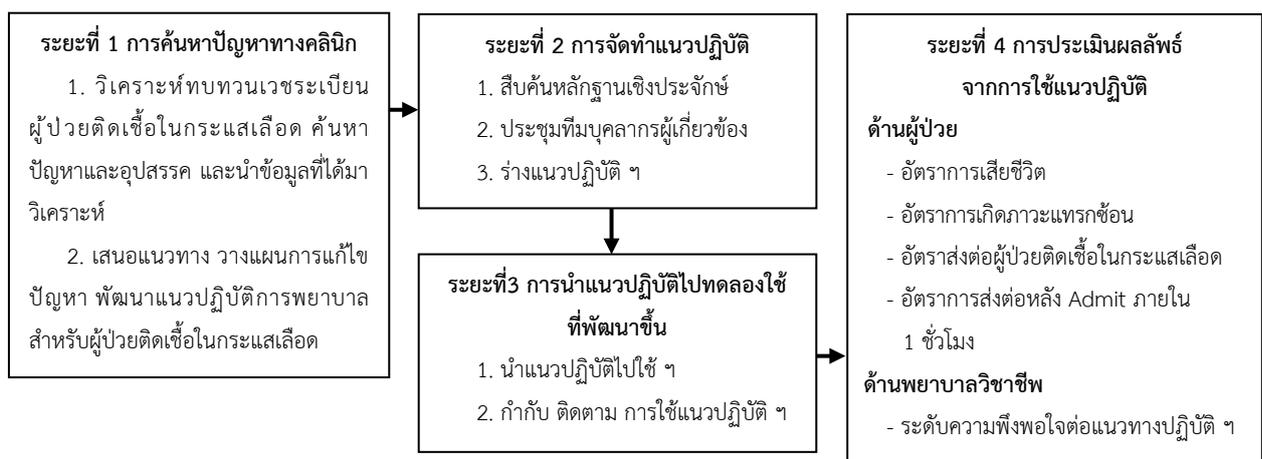
แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ตามแนวทาง Surviving Sepsis Campaign: SCCM และ European Society of Intensive Care Medicine: ESICM จำเป็นต้องคำนึงถึงอาการของผู้ป่วยแต่ละราย SCCM ได้เผยแพร่แนวปฏิบัติในปี 2564 โดยมีคำแนะนำให้เน้นการค้นหาผู้ป่วย และการให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว การค้นหาการติดเชื้อ และกำจัดเชื้อโรคอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการดูแลติดตามระบบไหลเวียนโลหิต⁴ สำหรับประเทศไทยมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Clinical practice guideline: CPG) อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ Protocol ที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (Time critical condition) โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งทำให้เข้าถึงการดูแลที่รวดเร็วอย่างต่อเนื่อง และสามารถช่วยลดอัตราการตายได้⁵ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานแรกที่เริ่มต้นดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการดูแลกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การส่งต่อไปโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ซับซ้อนและรุนแรง เพื่อให้รักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ (Emergency Care System: ECS)⁶ ให้การรักษาพยาบาลภายในชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Hour - 1 bundle) ร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ระบบไหลเวียนกลับมาปกติ โดยเร็วภายใน 6 ชั่วโมง (Early Goals-Directed Therapy: EGDT) ทำให้สามารถป้องกัน หรือลดความรุนแรงของภาวะอวัยวะล้มเหลว และลดอัตราการตายได้^{1,7}

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บทบาทสำคัญของพยาบาลตามกระบวนการการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมินเพื่อคัดกรองระดับความรุนแรง ประเมินสภาพเพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ตั้งแต่ระยะแรก ระหว่างที่อยู่ใน ER การประสานการดูแลกรณีต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อ การดูแลระหว่างการส่งต่อ การให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะอย่างทันที่ การให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การใช้เครื่องมือคัดกรองและการดูแลเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และความมั่นใจของพยาบาลในการรับรู้ และการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ⁸ นำไปสู่ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีขึ้น เช่น อัตราการเสียชีวิตที่ลดลง และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สั้นลง⁹ การบริหารสารน้ำให้แก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องรวดเร็วขึ้น มีการส่งตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ก่อนให้ยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น และการให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลง¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระดับรุนแรง โดยใช้การพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงใช้ SIRS criteria score และบุคลากรสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้¹³

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกองโกลราศ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยกำหนดแนวทางการดูแลตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยด้วยเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข (Moph emergency department triage: MOPH ED triage) การปฏิบัติพยาบาลและการนำส่งเข้าหอผู้ป่วย หรือส่งต่อ โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งมีศักยภาพมากกว่า อย่างไรก็ตามผู้วิจัยศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยมารับบริการ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกองโกลราศ พบมีการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วย แต่ไม่นำค่าสัญญาณชีพ ที่ประเมินได้มาคำนวณเป็น SOS score เวลาเฉลี่ยของกิจกรรมใน 1 - hour bundle ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ใช้ระยะเวลาในในแต่ละกิจกรรม ดังนี้ การเจาะ Blood lactase 28.40 นาที การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 40.34 นาที การเปิดเส้นให้สารน้ำ 26.53 นาที การได้รับยาปฏิชีวนะ 72.64 นาที และการให้ Vasopressin 411.98 นาที เมื่อวิเคราะห์แนวปฏิบัติที่ใช้และวิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้ขั้นตอนการดูแลล่าช้า พบว่า รูปแบบที่ใช้อยู่ยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในการทำงานแบบไร้รอยต่อกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งหากสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็วจะช่วยลดระยะเวลาของการได้รับยาปฏิชีวนะ¹¹

การพัฒนาหรือออกแบบ CNPG เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาล โดยใช้ CNPG เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจและทำงานได้รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้ SOS score เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ถ้าหากมีแนวปฏิบัติการค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาและเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรก ที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้^{7,12} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเดิมให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ของหน่วยงานปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลตามมาตรฐานปัจจุบัน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราส่งต่อผู้ป่วยและอัตราการส่งต่อหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ฯ โรงพยาบาลงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ฯ โรงพยาบาลงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

อัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการส่งต่อหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมงหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้แนวคิดของ Kermmis and Mctaggart (1988)¹⁴ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก โดยการวางแผน (Planning) โดยทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ จัดการประชุมสนทนากลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์และแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ และเภสัชกร ดังนี้

1.1) วิเคราะห์ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา แนวทางการดูแลผู้ป่วย ค้นหาปัญหาและอุปสรรค และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

1.2) เสนอแนวทาง วางแผนการแก้ไขปัญหา พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ระยะที่ 2 การจัดทำแนวปฏิบัติฯ (Action) ดังนี้

2.1) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การนำแนวคิดกระบวนการพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาพัฒนาและจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2) ประชุมทีมจัดทำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2.3) นำร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้

2.4) นำร่างแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ฯ ไปทดลองใช้ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2.5) ชี้แจงแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ แก่ พยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ได้ร่างแนวปฏิบัติ หลังจากนั้นมีการกำกับ ติดตามผลการปฏิบัติ โดยการสังเกตการนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ไปปฏิบัติในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และติดตามผลลัพธ์ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

3.1) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือน มกราคม 2567 จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด

มีค่า SOS ≥ 4 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการคือ ผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออกจากหน่วยงาน

3.2) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกองโกลราศ ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 11 คน เกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน 2) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)¹⁵ ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน ตามช่วงเวลา que เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยที่มีการวิเคราะห์แบบย้อนหลังจากเวชระเบียน ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารักษาการรรักษาในโรงพยาบาลกองโกลราศ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 30 ราย และกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 30 ราย

ระยะที่ 4 การปรับปรุง เป็นการนำผลการดำเนินการมาสะท้อนคิด ติดตามผลตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือ แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ๓ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้ป่วย 2) การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน และ 3) การประสานเพื่อเข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล

2) **เครื่องมือในเก็บรวบรวมข้อมูล** จำนวน 2 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วยข้อคำถาม เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ระดับการคัดกรอง การประเมินค่า SOS score แรกรับ เวลาและวันที่มารับบริการ วันที่ได้รับการวินิจฉัย Septic shock หรือ Sepsis วันที่นอนโรงพยาบาล 2) แบบสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ๓ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ในการวิเคราะห์¹⁶ ค่าเฉลี่ยแต่ละระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาล ๓ 2) แบบบันทึกแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ๓ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ปฏิบัติงาน จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแล จำนวน 2 คน ปรับปรุงตาม

ผู้ทรงคุณวุฒิ และได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และได้ค่าเท่ากับ .80, .84, และ .89 ตามลำดับ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การรับรองทางด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย เลขที่.COA No. 122/2023 IRB No.107/2023 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจง วัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาส ให้ซักถามและให้ลงนามในใบยินยอม กรณีที่ไม่สามารถลงนามได้ จะให้ญาติลงนามแทน ส่วนพยาบาลวิชาชีพชี้แจง ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ โดยจะไม่มีค่าตอบแทน ส่วนข้อมูลเวชระเบียนมีการขอใช้ จากโรงพยาบาลและรักษาข้อมูลเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะมีรหัสเพื่อปกป้องข้อมูล การรายงานเป็นผลรวม โดยไม่ระบุ ชื่อ - สกุล ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมโดยใช้ค่าร้อยละความแตกต่าง (Percentage difference) ดังนี้

$$\text{ร้อยละความแตกต่าง} = \frac{\text{ค่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ} - \text{ค่าหลังใช้แนวปฏิบัติ}}{\text{ค่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ}} \times 100\%$$

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลดังนี้

1. ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2) การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และ 3) การประสานเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล หรือส่งต่อโรงพยาบาลสุโขทัย ดังภาพที่ 2

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

2.1 ด้านผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 66.60 ปี (SD = 18.70) อายุต่ำสุด 35 ปี และสูงสุด 65 ปี ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.33 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 โดยร้อยละ 40 เป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประเภท Severe sepsis ร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.33 อายุเฉลี่ย 63.20 ปี (SD = 19.77) อายุต่ำสุด 39 ปี และสูงสุด 69 ปี ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 73.33 มีโรคประจำตัวร้อยละ 83.33 โดยร้อยละ 40 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประเภท Severe sepsis ร้อยละ 36.67

ความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ ที่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 60 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงร้อยละ 71.48 และอัตราการส่งต่อหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมงลดลงร้อยละ 21.43

แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองผู้ป่วย (Triage)

- 1.1 การคัดกรอง (Triage) ที่ OPD โดยใช้ MOPH ED Triage, SOS score
- 1.2 Identify risk patients
- 1.3 Suspected infection

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน

- 2.1 การประเมินอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยใช้ SOS Score ≥ 4
- 2.2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ การเจาะ Blood lactate ≥ 4 , การประเมินระดับออกซิเจนในเลือด, Septic work up ได้แก่ CBC, BUN, Cr, E'lyte, LFT, Coagulogram), Hemo C/S ก่อนและการให้ยาปฏิชีวนะ, CXR
- 2.3 การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย รายงานแพทย์โดยใช้ SBAR ก่อนการปฏิบัติการพยาบาล การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารน้ำในรายที่มี Hypotension การให้ Vasopressor ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypotension หรือหลังจากให้ Fluid resuscitation แล้วค่า MAP น้อยกว่า 65 mmHg, Monitor EKG, Retained F/C
- 2.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย การประเมินสัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที
- 2.5 การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การประสานเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลกึ่งไครลาต หรือส่งต่อโรงพยาบาลสุโขทัย

- 3.1 การเตรียมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 3.2 การประสานเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลหรือส่งต่อโรงพยาบาลสุโขทัย
- 3.3 การดูแลผู้ป่วยระหว่างเคลื่อนย้าย หรือระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลสุโขทัย

ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

2.2 ด้านพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 90.91 ส่วนมากอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 45.45 การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด 90.91 ระยะเวลาปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกึ่งไครลาต จังหวัดสุโขทัย 1 - 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองมาเป็นมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 36.36 และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาก่อน ร้อยละ 81.82

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในภาพรวม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($M = 4.64$, $SD = .49$) โดยด้านความเป็นไปได้มีคะแนนมากที่สุด ($M = 4.73$, $SD = .45$) รองลงมาด้านความเป็นประโยชน์ ($M = 4.64$, $SD = .49$) และด้านความเหมาะสม ($M = 4.55$, $SD = .49$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในรายด้าน (N = 11)

แนวปฏิบัติการพยาบาล	M	SD	ระดับ
ด้านความเป็นประโยชน์			
1. ช่วยให้การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	4.64	.50	มาก
2. ช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในภาวะฉุกเฉินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	4.64	.55	มาก
3. ช่วยลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด	4.82	.40	มาก
4. ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	4.55	.52	มาก
5. ทำให้มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมงลดลง	4.64	.50	มาก
รวม	4.64	.48	มาก
ด้านความเหมาะสม			
1. มีความสอดคล้องสนองตอบนโยบายของโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.64	.50	มาก
2. มีขั้นตอนการปฏิบัติสอดคล้องกับสภาพการทำงานของพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.64	.50	มาก
3. มีขั้นตอนสอดคล้องกับระยะเวลาเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.55	.52	มาก
4. มีความยืดหยุ่นสามารถปรับใช้ได้ตามสถานการณ์	4.36	.67	มาก
รวม	4.64	.49	มาก
ด้านความเป็นไปได้			
1. มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.55	.52	มาก
2. ความเป็นเหตุเป็นผล ถูกต้องตามหลักวิชาการ น่าเชื่อถือ	4.91	.30	มากที่สุด
3. มีความคุ้มค่าทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ ระยะเวลา และคุณภาพการพยาบาล เป็นต้น	4.64	.50	มาก
4. สามารถนำไปใช้ได้จริงในแผนกหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.91	.30	มากที่สุด
5. เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาการให้บริการของโรงพยาบาล	4.64	.50	มาก
รวม	4.73	.45	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรอง 2) การพยาบาลภาวะฉุกเฉิน และ 3) การประสานเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล สอดคล้องกับแนวปฏิบัติ ฯ ที่ใช้หลักการ Six bundle sepsis protocol ที่เป็นชุดข้อปฏิบัติ 6 ข้อ ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับการใช้เกณฑ์การคัดแยกของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH ED Triage) ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากล^{17,18} ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างทันทีที่ได้รับการวินิจฉัย เริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัย ประเมินสัญญาณชีพ วัดระดับแลคเตทในเลือด และให้สารน้ำในปริมาณ

ที่เหมาะสม มีการทวนสอบความครบถ้วนของการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนด รายละเอียดไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งมีความต่อเนื่องสิ้นไหลทำให้การทำงานคล่องตัวขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการปฏิบัติการพยาบาลแบบเดิมที่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความล่าช้าตั้งแต่ขั้นตอนการวินิจฉัย จนกระทั่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา หรือส่งต่อการรักษาที่ล่าช้าตามมา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ของพยาบาลรายบุคคลด้วย

2. ประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองกับผู้ป่วย อธิบายได้ ดังนี้ 1) การคัดกรองตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นด่านหน้าทำให้สามารถคัดแยกผู้ป่วยที่มีติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่การดูแลรักษาได้รวดเร็วจากระยะเวลาลดลงจากอัตราการส่งต่อหลัง Admit ภายใน 1 ชั่วโมงลดลง ตั้งแต่เริ่มมีอาการและได้รับช่วยเหลือทันที อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว ลดความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) รายละเอียดและขั้นตอนของแนวปฏิบัติ ฯ ใช้หลักการ Six bundle sepsis protocol ร่วมกับการใช้ MOPH ED Triage ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากลจึงมีความถูกต้อง ชัดเจน พัฒนามาจากการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติโดยกาวางแผน จัดประชุมจัดทำแนวทางปฏิบัติ และชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถปฏิบัติได้จริงและยอมรับได้ จึงทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจึงมีความไหลลื่นไปด้วยดี ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ Six bundle sepsis protocol^{4,17} ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มแรกมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่ากลุ่มสอง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มแรกมีอัตราการได้รับ Fluid resuscitate และมี Adequate tissue perfusion ภายใน 6 ชั่วโมง มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่สอง แนวปฏิบัติสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวและลดอัตราการตายได้ การปฏิบัติตามแนวทาง SOS score¹⁸

3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ฯ ในด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัตินี้พัฒนามาจากการค้นหาปัญหาและความเป็นไปได้ในสภาพการณ์จริงในบริบทที่เกี่ยวข้อง องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากแหล่งความรู้ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ ทำให้แนวปฏิบัตินี้มีความเป็นไปได้สูงที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลของพยาบาลภายหลังการใช้นโยบายปฏิบัติที่กล่าวว่า “แนวปฏิบัติมีความชัดเจน สามารถนำมาปฏิบัติได้จริง” และ “การมีแนวปฏิบัติเป็นแบบแผนในการปฏิบัติทำให้พยาบาลทำงานง่ายขึ้น”

ด้านความเป็นประโยชน์ แนวปฏิบัติมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นลำดับชัดเจนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว จึงทำให้ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลของพยาบาลภายหลังการใช้นโยบายปฏิบัติที่กล่าวว่า “ช่วยลดอัตราการตาย อยู่โรงพยาบาลน้อยลง” และ “แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ทำให้เห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น” สำหรับด้านความเหมาะสม แนวปฏิบัตินี้มาจากปัญหาความต้องการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนโยบายที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงมีความเหมาะสม สอดคล้องกับผลการให้ข้อมูลภายหลังการใช้นโยบายปฏิบัติ กล่าวว่า “ทำให้การทำงานรวดเร็วมีประสิทธิภาพ” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับมาก ภาวะติดเชื้อเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตและมีความสำคัญต่อการปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วย¹⁹ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการแยกและการจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ²⁰ พึงพอใจถึงความเหมาะสมในการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ซึ่งความสำเร็จของการใช้นโยบายปฏิบัติของการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยการมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติและผู้รักษา การจัดการบริการพยาบาล การดูแลรักษาอย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ^{10,20}

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ
- 2) นำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ร่วมกับแพทย์ เช่น ในกรณีที่พบผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงที่ที่สามารถเปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะวัดระดับ Blood lactate ได้ทันที คัดกรองผู้ป่วยที่มีค่า SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ได้เข้าถึงการดูแลได้รวดเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

- 1) วิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ
- 2) วิจัยติดตามหรือขยายผลในกลุ่มประชาชนในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและการป้องกันเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือด

References

1. Worldsepsisday. Sepsis-guidance [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://golink.icu/QHnGg8i>
2. Ministry of Public Health. Mortality rate in patients with severe community-acquired bloodstream infection [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://golink.icu/dFY23uV> (in Thai)
3. Saengsanga P, Kiamkan N. Outcomes of using the clinical practice guidelines for patients with severe sepsis or septic shock care according to sepsis bundle protocol at the ICU of Songkhla hospital Thailand. Region 11 Medical Journal 2015;29(3):403-10. (in Thai)
4. Vans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al; Executive summary: Surviving sepsis campaign: International guidelines for the management of sepsis and septic shock 2021. Critical Care Medicine. 2021;49(11):1974-82. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
5. Chairatana P, Tudsapornpitakkul S. The effectiveness of nursing care model for sepsis patients. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(3):224-31. (in Thai)
6. Department of Medicine: Department of Medical Affairs. Guideline for emergency room services that are appropriate to the capacity level of healthcare facilities. 2018 [cited 2024 Jan 6]. Available from: https://www.dms.go.th/Content/Select_Content_11_ViewContent?contentCategoryId=11&contentTypeId=0&contentId=10. (in Thai)
7. Levy MM., Evans LE., Rhodes A. The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Critical Care Medicine. 2018;46(6):997-1000. Available form: <https://url.in.th/brAzW>
8. Chua WL, Teh CS, Basri MABA, Ong ST, Phang NQQ, Goh EL. Nurses' knowledge and confidence in recognizing and managing patients with sepsis: A multi-site cross-sectional study. Journal Advance of Nursing 2023;79(2):616-29. doi: 10.1111/jan.15435

9. Alsadaan N, Salameh B, Reshia FAAE, et al. Impact of nurse leaders behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature. *Inquiry*. 2023;60:469580231178528. doi: 10.1177/00469580231178528
10. Rungthanakiat P, Promtuang S, Paengbuddee C. Development of the care model for patients with septicemia using fast tract system at Surin hospital. *Journal of Nursing and Midwifery Practice* 2019;6(1): 36-51. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/192024/144292> (in Thai)
11. Mitzkewich, M. Mitzkewich M. Sepsis screening in triage to decrease door-to-antibiotic time. *Journal of Emergency Nursing* 2019;45(3):254-6. doi: 10.1016/j.jen.2018.08.002.
12. Waranung T. Outcomes of using the clinical practice guideline for patients with sepsis Fang hospital, Chiangmai province. *Chiangrai Medical Journal* 2019;11(1):1-8. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/179719/135424> (in Thai)
13. Karaket A, Talerd W. Development of clinical nursing practice guideline among adult and elderly patients with severe sepsis in emergency department at Rasisalai hospital, Sisaket province. *Journal Health Science Thai*. 2018;27(4):688-9. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/4309/3953> (in Thai)
14. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
15. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research-principle and methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia;2004.
16. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall; 1977.
17. Phonyiam N, Singkleprapha P, Sansuk M. Using the six bundle sepsis protocol for caring patientswith severe sepsis or septic shock, emergency department, Kumphawapi hospital. Udonthani hospital. *Medical Journal* 2018;26(2) :189- 200. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159195/115156> (in Thai)
18. Intachub S, Posri D, Suwannasr J. Outcomes of using the MEWS (SOS Score) that affected the severe sepsis and septic shock in sepsis patients at medical department, Udonthani hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2017;25(1):85-92. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159158/115140> (in Thai)
19. Limrungeunyong M. Development of fast-track nursing guidelines for sepsis patients at emergency room [Internet]. 2021 [cited 2024 January 25]. Available from: <http://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th> (in Thai)
20. Gavelli F, Castello LM, Avanzi GC. Management of sepsis and septic shock in the emergency department. *Internal and Emergency Medicine*. 2021;16(6):1649-1661. doi: 10.1007/s11739-021-02735-7

บทความวิจัย

Clinical Care Guideline for the Newborn with Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn with Meconium Aspiration Syndrome: A Scoping review

Received: Feb 6, 2024

Revised: Aug 21, 2024

Accepted: Aug 23, 2024

Susheewa Wichaikull, Ph.D^{1*}

Tassanee Jaipakdee, RN.²

Abstract

Introduction: Persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) is a critical condition resulting in severe oxygen deprivation, metabolic acidosis, and respiratory distress which lead to mortality rate.

Research objectives: To review the scope of research on existing clinical practice guidelines to identify comprehensive recommendations for the care of newborns with PPHN and meconium aspiration syndrome (MAS).

Research methodology: This scoping review method was applied. The literatures published less than 10 years related to keywords including factors, treatment, and nursing care of newborns with MAS and PPHN based on inclusion criteria were systematically reviewed and selected by using critical appraisal tool from The Joanna Briggs Institute. All literatures were met international standard and used worldwide.

Results: Sixty - four studies were selected based on inclusion criteria and critical appraisal tool. There were 13 studies related to risk factors, 4 studies related to treatment, 12 studies were related to nursing care and the standards of PPHN with MAS and 2 studies related to the standards of PPHN

Conclusion: MAS was the highest risk to PPHN. Standard treatment for PPHN focused on vasodilation, respiratory failure prevention and other complications such as sepsis, hypotension. The clinical care guideline for PPHN with MAS aimed to 1) assess postpartum dyspnea 2) prevent respiratory failure; 3) prevent cardiovascular failure; 4) prevent hospital acquired infection; 5) prevent fluid, nutrient, and electrolyte imbalances; 6) prevent hypothermia, especially in low birth weight or premature infants; 7) decrease stress and pain from procedures, and 8) promote growth and reduce stress for the family.

Implication: Standards of nursing care should be developed for newborns with persistent pulmonary hypertension due to meconium aspiration syndrome.

Keywords: PPHN, MAS, Newborn, CNPG, CNP

^{1*}Corresponding author: Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira, Faculty of Nursing, Phraborommarajchanok Institute, Bangkok Thailand. Email: susheewa@bcnrv.ac.th

²Nurse Practitioner, Nopparat Rajathanee Hospital, Bangkok, Thailand. Email: ozone4968@hotmail.com

การทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลทารกแรกเกิด ที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงจากภาวะหลอดเลือดดำดำ

Received: Feb 6, 2024

Revised: Aug 21, 2024

Accepted: Aug 23, 2024

สุชีวา วิชัยกุล ปร.ด.^{1*}

ทัศนีย์ ใจภักดี พย.บ.²

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent pulmonary hypertension of the newborn; PPHN) เป็นภาวะวิกฤติในทารกแรกเกิดที่มีผลต่อการที่ร่างกายขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง เลือดเป็นกรด เกิดภาวะหายใจลำบากและทำให้ทารกเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการคลินิกที่มีอยู่เพื่อระบุข้อแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันปอดสูงจากภาวะหลอดเลือดดำดำ

ระเบียบการวิจัย: ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีขอบเขต (Scoping Review) ภายใต้ขอบเขตสำคัญ เช่น ปัจจัยสาเหตุ การรักษา การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะหลอดเลือดดำดำและภาวะความดันเลือดในปอดสูง และภายใต้เกณฑ์การคัดเข้าที่มีการเผยแพร่ไม่เกิน 10 ปี และมีการนำไปอ้างอิงใช้อย่างเป็นสากล โดยใช้แบบประเมินการคัดเข้าของ The Joanna Briggs Institute

ผลการวิจัย: พบการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า 64 เรื่อง คงงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยสาเหตุจำนวน 13 เรื่อง มาตรฐานการรักษา 4 เรื่อง การพยาบาลและแนวปฏิบัติ 12 เรื่อง พบการศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูง 2 เรื่อง ไม่พบแนวทางการพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดปอดสูงที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดดำดำ

สรุปผล: ปัจจัยที่มีความเสี่ยงเกิดจากภาวะหลอดเลือดดำดำสูงที่สุด การรักษาจะเน้นการดูแลขยายหลอดเลือดปอด และรักษาประคับประคองป้องกันภาวะหายใจล้มเหลว และภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ความดันต่ำ การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงจากการหลอดเลือดดำดำ จะมุ่งเน้นดังนี้คือ 1) ประเมินภาวะหายใจลำบากหลังคลอด 2) ป้องกันระบบหายใจล้มเหลว 3) ป้องกันระบบไหลเวียนล้มเหลว 4) ป้องกันการติดเชื้อ 5) ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร และเกลือแร่ในร่างกาย 6) ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด 7) ลดความเครียดความเจ็บปวดจากทำหัตถการ และ 8) ส่งเสริมการเจริญเติบโต และลดความเครียดให้กับครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: ควรพัฒนาต่อยอดเป็นมาตรฐานการพยาบาลในทารกที่มีภาวะความดันในเลือดสูงจากภาวะหลอดเลือดดำดำ

คำสำคัญ: ทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง ภาวะหลอดเลือดดำดำ ทารกแรกเกิด มาตรฐานการพยาบาล มาตรฐานการดูแล

^{1*}Corresponding author อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครวัดราชวิริยะ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพฯ ประเทศไทย

Email: susheewa@bcnnv.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพฯ ประเทศไทย Email: ozone4968@hotmail.com

บทนำ

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent pulmonary hypertension of the newborn; PPHN) เป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิตและมีความเสี่ยงสูงต่อความตาย ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงแตกต่างกันในแต่ละประเทศตั้งแต่ 1 ถึง 6 รายต่ออัตราการเกิดมีชีพ 1,000 และอุบัติการณ์จะสูงขึ้นเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น ทำให้ทารกเสียชีวิตได้ถึง 7.6 - 10.7% และพบได้บ่อยในเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹⁻² จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะ PPHN ก็มีความหลากหลาย อยู่ระหว่าง .8 ถึง 7.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000³⁻⁵ ภาวะความดันเลือดในปอดสูง เป็นภาวะที่เกิดจากแรงต้านทานของหลอดเลือดแดงในปอด (Pulmonary vascular resistance: PVR) ไม่ลดลงตามกลไกปกติหลังทารกเกิด แรงต้านทานที่สูงส่งผลให้เกิดการขัดขวางเลือดจากหัวใจห้องล่างขวา (Right ventricle) ไปที่ปอดทำให้เลือดดำไหลลัดวงจร (Right to left shunt) ผ่านทาง Ductus arteriosus (PDA) และ Patent foramen ovale (PFO) เลือดที่ได้รับการพอกกลับสู่หัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และระดับออกซิเจนในเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายต่ำ ส่งผลให้ทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงมีความเข้มข้นของออกซิเจนที่แขนข้างขวา (Pre-ductal site) สูงกว่าความเข้มข้นของร่างกายส่วนล่าง (Postductal site) 5 - 10% ทำให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจลำบาก เลือดเป็นกรด และเสียชีวิตได้⁶⁻⁷

สาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดมีหลายอย่าง⁷⁻⁹ และอาจแตกต่างกันในแต่ละรายกรณี อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่พบบ่อยแบ่งตามระยะเวลาการเกิดมีดังนี้คือ ระยะเวลาก่อนคลอด ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดา 1) การขาดเลือดไปเลี้ยงที่รกทำให้เกิดการหยุดชะงักในการเจริญเติบโตของทารก 2) การเจริญเติบโตของมดลูกน้อยกว่าปกติ (Intrauterine growth restriction: IUGR) 3) มารดามีน้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (Chorioamnionitis) 4) ผนังน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Premature prolonged rupture of membranes (PROM) 5) มารดามีประวัติรับประทานยาต้านซึมเศร้า (Antidepressant) 6) มารดาอ้วน 7) มารดาเป็นเบาหวาน 8) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ปัจจัยด้านทารกที่เกิดได้จาก 1) ภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิด บางชนิด 2) ภาวะไส้เลื่อนกระบังลม 3) ความผิดปกติของยีน Trisomy 21 4) ภาวะ Respiratory distress syndrome (RDS) ในระยะคลอดได้แก่ 5) ภาวะสูดสำลักขี้เทา (Meconium Aspiration Syndrome: MAS) 6) ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (Birth asphyxia) 7) ทารกเกิดก่อนกำหนด 8) ภาวะติดเชื้อในทารกแรกเกิด (Sepsis) 9) การผ่าท้องคลอด 10) อายุครรภ์เกินกำหนด 11) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราว (Transient tachypnea of the newborn: TTN) 12) ปอดอักเสบแต่กำเนิด (Congenital pneumonia) 13) การได้รับบาดเจ็บจากคลอด (Trauma) และ 14) ภาวะเลือดข้น (Polycythemia) หากพบหลายปัจจัยร่วมกันจะมีความรุนแรงมากขึ้น

การรักษาทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงมีความซับซ้อนต้องใช้เวลา และอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงสูง แนวทางการรักษาภาวะ PPHN ที่ได้รับการยอมรับและมีประสิทธิผลในปัจจุบัน¹⁰⁻¹⁴ ประกอบด้วย 1) การลดความต้านทาน และลดความดันโลหิต ในหลอดเลือดปอดด้วยยาในกลุ่มโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) เช่น ยา Iloprost, Sildenafil, Bosentan 2) การรักษาโดยการเพิ่มความดันโลหิตของร่างกายโดยการให้ยาในกลุ่ม Volume expander เช่น Dopamine, Milrinone 3) การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง (High frequency ventilation) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ 4) การให้ยากลุ่มประสาท ลดปวด คลายกล้ามเนื้อเพื่อให้ทารกสงบ 5) รักษาแบบประคับประคองสำหรับหัวใจและปอด (Extra corporeal membrane oxygenation: ECMO)

และ 6) การรักษาด้วยการสูดดมก๊าซไนตริกออกไซด์ (Inhaled nitric oxide: iNO) ในทารกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งก๊าซไนตริกออกไซด์จะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงในปอด (Elective pulmonary vasodilators) จากแนวทางการรักษาจะพบว่า การดูแลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงมีความสำคัญและต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะของผู้ดูแลในการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การรักษาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ทารกได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจที่มีความถี่สูง ร่วมกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) และการรักษาด้วยก๊าซไนตริกออกไซด์ เนื่องจากการรักษาด้วยยาแต่ละกลุ่มก็จะมีผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของทารกได้ตลอดเวลาหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ทารกยังต้องการการดูแลพื้นฟูกล้ามเนื้อในปอด การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารก การป้องกันการติดเชื้อ การป้องกันภาวะเลือดเป็นกรด เพื่อให้ทารกผ่านระยะวิกฤติและลดอัตราการตายของทารกได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ถึงแม้ปัจจุบันจะมีแนวปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีภาวะหลอดเลือดปอดสูงอยู่บ้างในโรงพยาบาลบางแห่งในประเทศไทย แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการเกิดปัญหาความดันเลือดในปอดสูงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มทารกที่มีความเสี่ยงสูง และพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2560¹⁵ ยังขาดแนวปฏิบัติในการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความดันเลือดในปอดสูง เช่น การสูดสลักน้ำคร่ำและแนวปฏิบัติที่ทันสมัยเป็นปัจจุบันตามสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยแนวปฏิบัติการคลินิกที่มีอยู่ เพื่อระบุข้อแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการจัดการและรักษาทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความดันเลือดในปอดสูงจากภาวะสลักน้ำคร่ำ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดและนำไปทดสอบพัฒนาเป็นมาตรฐานการดูแลต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม (Systematic Review) ตามแนวคิด Scoping review ของ The Joanna Briggs Institute¹⁶ โดยพิจารณาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทบทวนขอบเขตงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติการคลินิกที่มีอยู่เพื่อระบุข้อแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันปอดสูงจากภาวะสลักน้ำคร่ำ

ระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีขอบเขต (Scoping review) มีขั้นตอนดังนี้

1. โดยรวบรวมงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลวารสารวิชาการ ได้แก่ PubMed, CINAHL, ScienceDirect, ThaiJO, Google scholar และฐานข้อมูลวิจัย ThaiLIS ที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 - 2566)

2. กำหนดขอบเขตคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาอังกฤษและภาษาไทย ได้แก่ ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary of the Newborn: PPHN) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง (Factor influencing PPHN) มาตรฐานการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

(Clinical Guideline for PPHN) มาตรฐานการพยาบาลหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (Clinical nursing practice guideline for PPHN) การพยาบาลทารกที่มีความดันเลือดในปอดสูง (Nursing care for PPHN) และการพยาบาลทารกที่มีภาวะปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด PPHN เช่น การพยาบาลทารกที่มีปัญหาสำลักน้ำคร่ำ (Nursing care for MAS)

3. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นงานวิจัยปฐมภูมิ (Primary research study) เกี่ยวกับภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด อุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด ปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด พยาธิสรีรวิทยาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด มาตรฐานการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด การพยาบาลภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด แนวปฏิบัติการพยาบาลภาวะความดันเลือดในปอดสูงของทารกแรกเกิด 2) เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง งานวิจัยปฏิบัติการ และงานวิจัยเชิงพรรณนา 3) มีการประเมินผลลัพธ์ทางการรักษาพยาบาล หรือมีการนำไปอ้างอิงใช้อย่างเป็นสากล โดยใช้แบบประเมิน Critical appraisal tool แยกตามประเภทของงานวิจัยเลือกงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ของข้อคำถาม เพื่อป้องกันอคติ (Bias)

4. กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) งานวิจัยที่เป็นภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาอังกฤษและภาษาไทย 2) งานวิจัยที่ไม่มีแหล่งอ้างอิง และข้อมูลไม่เพียงพอไม่สมบูรณ์ที่มีเฉพาะบทคัดย่อ

5. สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่กำหนด โดยให้นักวิจัยทั้ง 2 คน แยกกันคัดกรองงานวิจัย โดยดำเนินการอ่านบทคัดย่อ พิจารณาคัดกรองเบื้องต้นสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเข้าไว้ โดยใช้ แบบประเมิน Critical appraisal tool ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย และต่อมาผู้วิจัย 2 คน ช่วยกันคัดเลือกสกัดข้อมูล (Extraction of results) โดยนักวิจัยแยกกันอ่านงานวิจัยมีบทความสมบูรณ์ (Full text) และนำผลการสกัดคัดเลือกลงระบบการนำเสนอข้อมูลในตาราง (Charting table) ที่ครอบคลุม นักวิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ผลงานวิจัย ประเทศที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบ กิจกรรม และผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัย และนำงานวิจัยมาเปรียบเทียบกัน หากมีส่วนที่แตกต่างกันใช้วิธีการอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป

6. รวบรวมข้อมูลงานวิจัย (Literature synthesis) ที่ได้หลังอภิปรายร่วมกันแยกเป็นหมวด (Category)

7. นำเสนอผลการสังเคราะห์ในรูปแบบตารางแนวปฏิบัติในแต่ละหมวด และรายละเอียดย่อย (Theme and subtheme) ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษาคือ มาตรฐานการพยาบาลในแต่ละหมวด

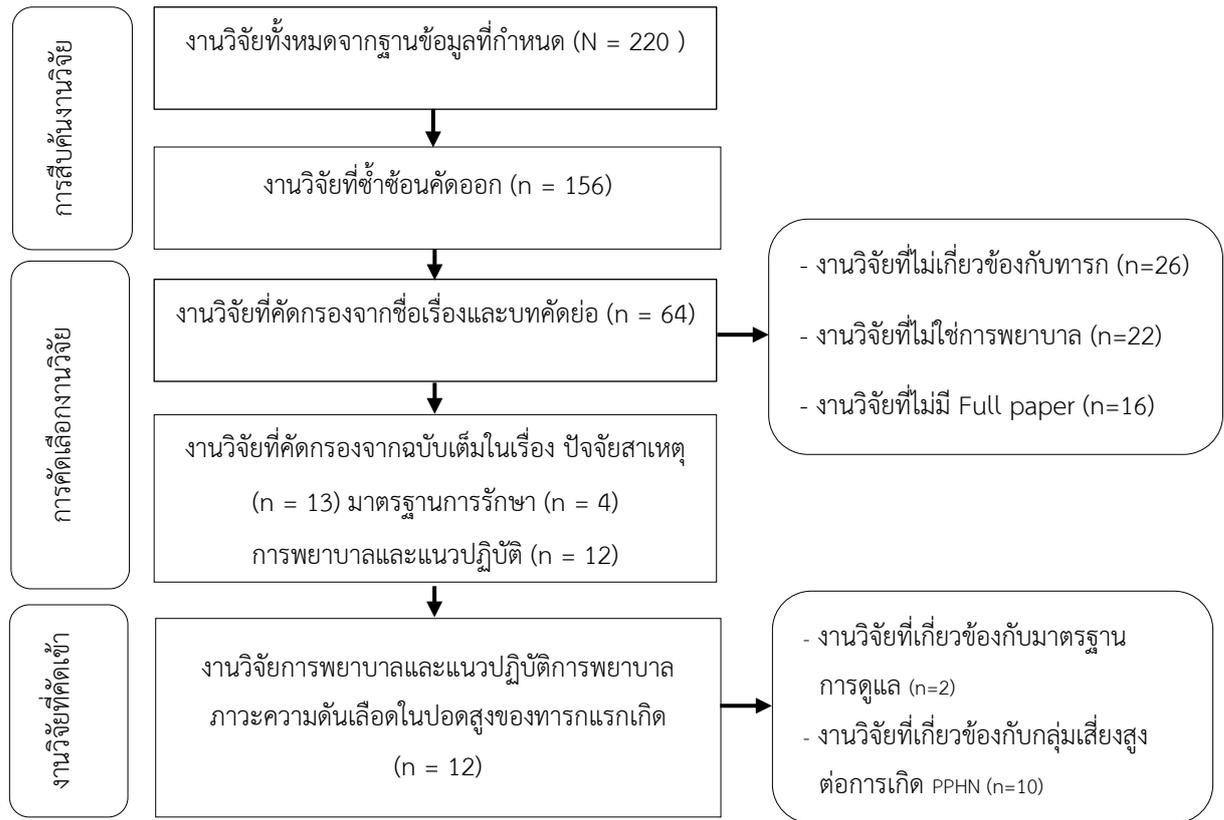
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ COE NO.01/2567 ERB NO.01/2567 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567

ผลการวิจัย

ผลการทบทวนขอบเขตงานวิจัย

1. ลักษณะงานวิจัย จากการสืบค้นและคัดกรองเบื้องต้นจากบทคัดย่อทั้งหมด 220 เรื่อง ได้งานวิจัยฉบับสมบูรณ์ 64 เรื่อง งานวิจัยที่เกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงปัจจัยเสี่ยง การรักษา จำนวน 15 เรื่อง และงานวิจัยสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง 12 เรื่อง และมีหัวข้อตรงกับมาตรฐานการดูแลและการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง 2 เรื่อง ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (PRISMA - ScR)

2. จากการรวบรวมงานวิจัยฉบับเต็มปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด 13 เรื่อง พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิดมากที่สุด คือ ภาวะสูดสำลักน้ำคร่ำ (MAS)^{1-14,28}

3. งานวิจัยฉบับเต็มพบมาตรฐานการรักษาจากงาน 4 เรื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 มาตรฐานการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด

การรักษา	วัตถุประสงค์
1. การให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) ^{12,14}	- เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือดและลดความดันเลือดในปอด
2. การใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันสูง (High-frequency oscillatory ventilation) ^{12,14}	- ใช้ความดันบวกเพื่อปรับปรุงออกซิเจนและลดการบาดเจ็บของปอด
3. ไนตริกออกไซด์ (Inhaled nitric oxide, iNO) ^{12,13,14}	- ขยายเส้นเลือดลดความความดันเลือดในปอด
4. ยาขยายหลอดเลือด (Vasodilator medications) ^{12,13,14} เช่น Sildenafil Epoprostenol	- ขยายเส้นเลือดลดความความดันเลือดในปอด
5. การให้ยากลุ่ม ^{12,14} Inotropic agent and Vasopressor เช่น Dopamine, Dobutamine, Levophed (Norepinephrine)	- ป้องกันความดันโลหิตต่ำ
6. การให้ยากลุ่ม ^{12,14} Sedative drug เช่น Midazolam หรือ Dormicum และ Fentanyl	- เพื่อลดความเจ็บปวดและให้ทารกสงบได้พักผ่อน

ตารางที่ 1 มาตรฐานการรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (ต่อ)

การรักษา	วัตถุประสงค์
7. การรักษาด้วยเครื่องช่วยชีวิต (Extracorporeal Membrane oxygenation, ECMO) ¹²	- เพื่อรักษาระดับออกซิเจนในเลือด และลดความดันเลือดในปอดกรณีที่รุนแรง รักษาด้วย 1 - 4 แล้วไม่ได้ดีขึ้น
8. สารลดแรงตึงผิวในปอด (Surfactant therapy) ^{12,14}	- ใช้รักษาในกรณีเด็กทารกแรกเกิดก่อนกำหนด

4. งานวิจัยเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลและการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง 2 เรื่อง และการพยาบาลเด็กที่มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความดันเลือดในปอดสูงอีก 10 เรื่อง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกที่มีความดันเลือดในปอดสูงจากการสูดสำลักขี้เทา

มาตรฐาน	การพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
1. ประเมินและการเฝ้าระวังทารกที่มีความเสี่ยงหลังคลอด เช่น ทารกที่มีปัญหา Meconium aspiration syndrome ^{15,18}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clear airway ทารกให้โล่งหลังคลอดก่อนทำ PPV หรือ Neonatal resuscitation 2. สังเกตอาการหายใจ โดยให้ O₂ Support ทุก 1 ชั่วโมง 3. ถ้ายังมี Sign of respiratory distress ประเมินการตอบสนองต่อการให้ออกซิเจนทารก โดยทำ Hyperoxia test 4. วัด SpO₂ ที่เท้าขวา ถ้า <95% → ให้วัด SpO₂ ที่มือขวาเพิ่มคู่กับเท้าขวา ถ้า SpO₂ ที่มือขวามากกว่าเท้า >=5% รายงานแพทย์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย PPHN อากาศคงที่ คือ MBP ≥ 50-55 mmHg 2. Perfusion < 3 sec โดยที่ SpO₂ > 95% 3. ไม่มีภาวะ Metabolic acidosis 4. PaO₂ 80-100 mmHg
2. ป้องกันการขาดออกซิเจน (Oxygen therapy) จากการมีภาวะ PPHN และการช่วยหายใจ after Intubation: optimize ventilation ^{15-18,21}	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน (Mechanical ventilation) 2. สังเกตอาการหายใจถ้าทารกมีอาการหายใจเร็ว RR > 60 bpm หรือ Retraction รายงานแพทย์ทราบ 3. Monitor O₂sat Pre-ductal และ Post-ductal หากค่า pre/post- ductal ต่างกัน > 10% หรือค่า O₂sat Drop กระพริบ (Flip flop) รายงานแพทย์ 4. เฝ้าระวังภาวะ Pneumothorax 5. ติดตามผล Arterial blood gas รายงานแพทย์ ถ้าผล PaO₂ > 90 ม.ม.ปรอท เพื่อพิจารณาลดความเข้มข้นของออกซิเจน ประมาณ 5 - 10 % 6. Suction clear airway เมื่อมีความจำเป็น ใช้ Close suction สำหรับเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง 7. สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกและอาการตัวเขียวอย่างน้อยทุก ½ - 1 ชั่วโมง 8. บันทึก Intake และ Output เป็นซีซี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PaO₂ 80-100 mmHg SpO₂ > 95% 2. ไม่มีภาวะ Metabolic acidosis blood gas keep normal ABG PCO₂ 35-45 mmHg, pH 7.35-7.45, PO₂ 80-100 mmHg, HCO₃ 18-24 (ตามพยาธิสภาพของโรค) 3. ไม่มีภาวะ Pneumothorax เสียงหายใจ (Breath sound) เท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ตารางที่ 2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกที่มีความดันเลือดในปอดสูงจากการสูดสำลักชี้เทา (ต่อ)

มาตรฐาน	การพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
3. ป้องกันการล้มเหลวของระบบไหลเวียนโลหิต Hemodynamic monitoring จากการมีภาวะ PPHN ^{15-18,21,24,25,27}	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือดปอด ได้แก่ lloprost, Sildenafil หรือ Viagra และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ Nitric oxide therapy: INO (กรณีการรักษาโดยให้ยาขยายหลอดเลือดไม่ได้ผล) <ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ที่ใช้ต่อ INO และตรวจสอบการต่อสายวงจรเครื่องช่วยหายใจกับ INO ให้ถูกต้องซึ่งต้องต่อเข้ากับสายขาเข้า (inspiratory limb) เท่านั้น และควรใช้ควมคุมกับเครื่องอ่านปริมาณ INO ทุกครั้ง เฝ้าระวังอาการข้างเคียง การได้รับก๊าซไนตริกออกไซด์ เช่น เกล็ดเลือดต่ำ และการเกิดสาร Peroxynitrite ไม่แนะนำให้ใช้ INO ขนาดสูงกว่า 20 ppm เนื่องจากไม่มีประโยชน์เพิ่มมากขึ้นแต่พบผลข้างเคียงดังกล่าวเพิ่มขึ้น ดูแลให้ได้รับยากลุ่ม Inotropic agent and vasopressor เช่น Dopamine, Dobutamine, Levophed (norepinephrine) เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ/ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) จากอาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น ยา Dobutamine 	<ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วย PPHN อาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตต่ำ HR ค่าปกติ 120-140/min, BP โดยให้ $MAP \geq GA - O_2$ Sat keep $\geq 95\%$ (pre/post-ductal) ต่างกันไม่มากกว่า 5% <ul style="list-style-type: none"> - HR ค่าปกติ 120-160 /min - RR ค่าปกติ 40-60 /min - BP ตามน้ำหนักตัวและ keep ค่า $MAP \geq GA$ - Capillary refill ≤ 2 sec.
4. ป้องกันภาวะขาดสารน้ำ สารอาหาร และ Electrolyte ^{15,18}	<ol style="list-style-type: none"> ตรวจสอบยา สารน้ำ/เลือด ตามแผนการรักษา บันทึกชนิดของสารละลายจำนวน ซีซี/วัน บันทึกชนิดปริมาณสารน้ำ/เลือด (Intake-Output) สังเกตอาการผิวแห้งแห้ง ปากแห้ง ซีพจรเร็ว กระหม่อมหน้าบวม จำนวนปัสสาวะลดลง และน้ำหนักตัวลดลง (ซึ่งน้ำหนักทารกในเวลาเดียวกันทุกวัน) 	<ol style="list-style-type: none"> ไม่มีผลข้างเคียงจากยา ไม่มีภาวะขาดน้ำ เช่น ไม่มีใช้ปากแห้ง ขอบตา ลึกโบัว กระหม่อมบวม จำนวนปัสสาวะและค่าความถ่วงจำเพาะปกติ ค่า Dextrostix=45 - 90 mg%
5. ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ^{15,26}	<ol style="list-style-type: none"> ดูแลป้องกันการนำความร้อน (Conduction) ออกจากร่างกาย โดยการเตรียมผ้าเช็ดตัวให้แห้งทันทีหลังคลอด ใช้ผ้าห่อตัวโดยเฉพาะส่วนศีรษะ ขณะที่ทำกิจกรรมภายใต้เครื่องทำความอุ่นชนิดแผ่รังสี (Radiant warmer) วัดอุณหภูมิทางทวารหนักหลังคลอด และติดตามตรวจวัดอุณหภูมิทุก 15-30 นาทีในช่วงแรกหลังคลอด และติดตามตรวจอุณหภูมิทุก 1 ชั่วโมงในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ เปลี่ยนผ้าอ้อมหรือผ้าห่อตัวกรณีเปียกชื้น 	<ol style="list-style-type: none"> ไม่มีภาวะ hypothermia $T > 36.5^{\circ}C$ ไม่มี apnea ไม่มีอุณหภูมิร่างกายเย็น หายใจช้า ซึม

ตารางที่ 3 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลทารกที่มีความดันเลือดในปอดสูงจากการสูดสำลักชี้เทา (ต่อ)

มาตรฐาน	การพยาบาล	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	5. ให้ทารกอยู่ในตู้อบ (Incubation) ตั้งอุณหภูมิตามน้ำหนักตัว หลีกเลี่ยงการเปิดตู้อบทารกโดยไม่จำเป็น โดยการบริหารจัดการทำกิจกรรมการพยาบาลหลาย ๆ อย่างในคราวเดียวกัน 6. ควบคุมอุณหภูมิห้องให้อยู่ระหว่าง 25 - 28 องศาเซลเซียส 7. ทำให้มือของพยาบาลอุ่นทุกครั้งก่อนทำหัตถการหรือสัมผัสทารก 8. สังเกตอาการของทารกอย่างใกล้ชิด	
6. ป้องกันการเจ็บปวด Pain control and sedative ²³	1. ดูแลให้ได้รับยา Sedative drug ในทารกที่ไข้บ่อย คือ Midazolam หรือ Dormicum และ Fentanyl 2. ติดตามและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการใช้ยา เช่น Respiratory depression, Hypotension, Renal failure และ Congestive heart failure 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการรบกวนทารก	1. ทารกพักผ่อนได้ การเคลื่อนไหวของแขนขาปกติ 2. ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้
7. ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquired infection) ^{19-20,22}	1. ล้างมือแบบ Hygienic hand washing 20 วินาที / ตามหลัก 5 moments 2. เน้นการปฏิบัติตามหลัก Contact precaution 3. หลีกเลี่ยงการหยด NSS ลงในท่อหลอดลมคอ ยกเว้นกรณีที่ใช้เสมหะเหนียวข้น 4. เปลี่ยนพลาสติกและตำแหน่งท่อช่วยหายใจทุก 24 ชั่วโมงหรือเมื่อเปื้อนสารคัดหลั่ง 5. ขณะปลดสายเครื่องช่วยหายใจให้วางสายในช่อง Suction sterile ทุกครั้ง 6. เปลี่ยนอุปกรณ์พ่นยาทุก 24 ชั่วโมง 7. ก่อนและหลัง Suction ให้เช็ดด้วย 70% alcohol	1. ไม่มีไข้ ตัวเย็น ตัวเหลือง หรือ ซีมลง ท้องไม่อืด 2. เสมหะไม่มีกลิ่นเหม็น ส่งเสมหะเพาะเชื้อไม่พบเชื้อจุลินทรีย์ 3. ไม่มี แผล หรือตุ่ม หนองขึ้นบริเวณผิวหนังทั่วร่างกาย บริเวณผิวหนังที่ใส่สารละลายไม่บวมแดงหรือเกิดเนื้อตายเฉพาะที่ 4. ไม่พบการติดเชื้อของระบบไหลเวียนโลหิต 5. ไม่มีภาวะท้องอืด ไม่มี Content coffee ground
8. ส่งเสริมการเจริญเติบโตเสริมพลังต่อครอบครัว ^{15,17-18,20}	1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดเสียงดัง 2. สื่อสารและเสริมพลังแก่ครอบครัว (Affective communication and empowerment) เมื่อมีการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงใดได้อย่างต่อเนื่อง 3. เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมและได้พูดคุยสัมผัสเด็ก และมีร่วมในการตัดสินใจดูแลรักษา	1. ทารกพักผ่อนได้ 2. น้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ 3. บิดามารดายอมรับการเจ็บป่วยของทารก คลายความวิตกกังวล

อภิปรายผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีขอบเขตพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในระยะก่อนคลอดจะมีทั้งปัจจัยด้านมารดาและทารก¹⁻¹⁴ ด้านมารดา ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน อ้วน มีภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ มีภาวะโลหิตจาง รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs และ ยาต้านเศร้าในกลุ่ม SSRIS ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และรกทำงานไม่สมบูรณ์ ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในระยะคลอด ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนคลอด มารดาภาวะความดันโลหิตสูง มีระยะคลอดที่ยาวนาน การใช้หัตถการในการช่วยคลอด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้มารดามีภาวะเครียดขณะคลอดและอาจส่งผลต่อทารกเกิดภาวะเครียด (Fetal distress) ขาดออกซิเจนและถ่ายซีเทาก่อนคลอดได้ ด้านทารก ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด สายสะดือพันคอ มีความผิดปกติของหัวใจ (Congenital heart disease) ทารกติดเชื้อ (Sepsis) ทารกถ่ายซีเทาก่อนคลอด (Meconium aspiration syndrome (MAS) ที่อาจส่งผลให้ทารกมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (Birth asphyxia) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูงในระยะหลังคลอด ได้แก่ ทารกขาดออกซิเจน (Hypoxia) ติดเชื้อหลังคลอด (Sepsis) ทารกที่มีภาวะตัวเย็น (Cold stress) น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ที่อาจส่งผลต่อภาวะขาดออกซิเจน (Respiratory distress syndrome) และจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดจะพบว่า ภาวะสุดสัณฐานน้ำคร่ำ Meconium Aspiration Syndrome (MAS) เป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงมากที่สุดในการเกิดภาวะ PPHN มาตรฐานการรักษา^{10-14,28} แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาทารก คือ 1) Oxygen therapy 2) Mechanical ventilation 3) Inhaled Nitric Oxide 4) การให้ยาขยายหลอดเลือด 5) การให้ยากลุ่ม 6) การให้ยา Sedative drug 7) การใช้เครื่องพองปอด และ 8) การให้สารลดแรงตึงผิวในกรณีพบร่วมกับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีปัญหาขาด surfactant จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบแนวทางการพยาบาลทารกที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงที่ได้รับการเผยแพร่มีจำนวนจำกัด และมีแนวทางที่แตกต่างกันตามพยาธิสภาพของทารกแรกเกิดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด PPHN แต่พบว่ามีหลักการรักษาที่เหมือนกัน^{15,17-27} โดยการพยาบาลจะมุ่งเน้นการป้องกันความรุนแรง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ทารกได้รับการรักษาตามมาตรฐานการรักษา และส่งเสริมฟื้นฟูทารกตามสถานการณ์ในแต่ละราย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังไม่พบแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุดสัณฐานน้ำคร่ำที่เป็นการปฏิบัติเฉพาะตั้งแต่ทารกคลอดและมีภาวะสุดสัณฐานน้ำคร่ำซีเทาในห้องคลอด

สามารถสรุปเป็นแนวปฏิบัติในการพยาบาลที่สำคัญได้ดังนี้คือ 1) ประเมินภาวะหายใจลำบากหลังคลอด 2) ป้องกันระบบหายใจล้มเหลว 3) ป้องกันระบบไหลเวียนล้มเหลว 4) ป้องกันการติดเชื้อ 5) ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร และเกลือแร่ในร่างกาย 6) ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อยหรือคลอดก่อนกำหนด 7) ลดความเครียดความเจ็บปวดจากทำหัตถการ และ 8) ส่งเสริมการเจริญเติบโตและลดความเครียดให้กับครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะเครียดในทารกแรกเกิดที่จะส่งผลให้ทารกเกิดการถ่ายซีเทาก่อนคลอด และนำแนวทางการรักษาที่มีความซับซ้อนมาใช้ในการวางแผนให้ความรู้เตรียมบุคลากร

พยาบาลให้มีสมรรถนะในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยยากลุ่มเสีียงสูงและอุปกรณ์ที่มีความซับซ้อน รวมถึงนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการดูแลเด็กที่มีปัญหาสุขภาพสำคัญตั้งแต่แรกคลอด เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะ PPHN จากภาวะสุขภาพสำคัญ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรวิจัยเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรคที่มีความเสีียงสูง เช่น ทารกที่มีภาวะสุขภาพสำคัญ น้ำคร่ำ และนำไปทดลอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดต่อไป

References

1. Nandula PS, Shah SD. Persistent pulmonary hypertension of the newborn. In: StatPearls [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 31] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430685/>
2. Kaveh M, et al. A prospective study of neonates with persistent pulmonary hypertension of the newborn: prevalence, clinical outcomes, and risk factors. *Iranian Journal of Neonatology* 2022;13(2):112-9.
3. Manunya A. Persistent pulmonary hypertension of the newborn at Somdejphrajaotaksinmaharaj hospital. *Region 3 Medical and Public Health Journal* 2022;9(3):196-211. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/250818/170540> (in Thai)
4. Apiwattanaporn M. Persistent pulmonary hypertension of the newborn in Udonthani hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2021;29(1):30-37. (in Thai)
5. Chaiteerakij P. Persistent pulmonary hypertension of the newborn at Kratumbaen hospital Samut Sakhon province. *Reginal 4-5 Medical Journal* 2020;39(3):304-15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/246176/167361> (in Thai)
6. Punahitanon S. Persistent pulmonary hypertension of newborn. In: Punahitanon, Santi, editor. *in Smart Practice in Neonatal Care*. Bangkok: Active Print Company; 2021. (in Thai)
7. Singh Y. and Lakshminrusimha, S. Pathophysiology and management of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Clinical Perinatal* 2021;48(3):595-618. doi: 10.1016/j.clp.2021.05.009
8. Zhou R, Zheng Y, Zhang X, Cheng Y. Meta-analysis of the risk factors of persistent pulmonary hypertension in newborns. *Frontiers in Pediatrics* 2021;9(10):1-6. doi: 10.3389/fped.2021.659137
9. Liu X., Mei M. Chen, X. et al. . Identification of genetic factors underlying persistent pulmonary hypertension of newborns in a cohort of Chinese neonates. *Respiratory Research* 2019;174(20):2-10. doi: 10.1186/s12931-019-1148-1
10. Ball MK, Seabrook RB, Bonachea EM, et al. Evidence-Based Guidelines for acute stabilization and management of neonates with persistent pulmonary hypertension of the newborn. *American Journal of Perinatology* 2023;40(14):1495-1508. doi:10.1055/a-1711-0778
11. Rosenzweig EB, Abman SH, Adatia I, et al. Paediatric pulmonary arterial hypertension: updates on definition, classification, diagnostics and management. *European Respiratory Journal* 2019;53(3):1-18. doi: 10.1183/13993003.01916-2018

12. Singh P, Deshpande S, Nagpa R, Caregrat R, Gupta S, Suryawanshi P. Management of neonatal pulmonary hypertension-a survey of neonatal intensive care units in India. *BioMed Central Pediatrics* 2023;23(149):1-9. doi: 10.1186/s12887-023-03964-9
13. Martinho S, Adão R, Leite-Moreira AF, Brás-Silva L. Persistent pulmonary hypertension of the newborn: pathophysiological mechanisms and novel therapeutic approaches. *Frontiers in Pediatrics* [Internet]. 2020 [cited 2020 July 24] Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2020.00342/ful>
14. Hengrasmee K. Thai guideline for diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. The Heart Association of Thailand [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 8] Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1385016166/PAH_guideline_2013.pdf
15. Satalalai N, Wichaikull S. The establishment of nursing standard of prevention and caring for persistent pulmonary hypertension of newborn, Nopparat Rajathanee hospital. *Journal of The Department of Medical Services* 2017;42(2):76-85. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/248891> (in Thai)
16. Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for evidence synthesis*. JBI [internet]. 2020 [cited 2020 Nov 8] Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
17. Cheerapun N. Nursing care in neonates diagnosed with persistent pulmonary hypertension of the newborn using inhaled nitric oxide: case study. *Maharakham Hospital Journal* 2022;17(3):100-11. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/242018/169587> (in Thai)
18. Jintrawet U, Klunklin P, Sripusanapan A. Nursing care in children with pulmonary hypertension. *Nursing Journal* 2020;47(3):460-8. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/245779> (in Thai)
19. Pantian L. The development of evidence based practice for ventilator associated pneumonia prevention. *Thammasat University Hospital Journal* 2022;5(3):45-54. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TUHJ/article/view/247713> (in Thai)
20. Phanthawasit M. Nursing care for the premature infants: case series 2 cases. *Maharakham Hospital Journal* 2015;12(2):113-20. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/253023/171858> (in Thai)
21. Pongsopa N. Persistent pulmonary hypertension of the newborn at Suratthani hospital. *Reginal 11 Medicine Journal* 2018;30(1):49-59. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/166540> (in Thai)
22. Pantian L. Clinical nursing practice guideline for umbilical catheter care. *Thammasat University Hospital Journal* 2022;7(2): 61-4. Available from: <https://golink.icu/LGF1qFn> (in Thai)

23. Mala, Kain VJ, Forster EM. Evaluating an educational program for enhancing neonatal intensive and special care nurses' and midwives' competence with neonatal pain management: A quasi-experimental study. *Journal of Neonatal Nursing*. 2023;30(4):380-7 Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.11.013>.
24. Hill NS, Preston LR, Roberts KE. Inhaled Therapies for Pulmonary Hypertension. *Respiratory Care* 2015;60(6):794-805. doi: <https://doi.org/10.4187/respcare.03927>
25. Chinthanawongsa P, Chittham N. Comparison of the high alert drug testing program with traditional method on medication errors in neonatal intensive care unit. *Chonburi Hospital Journal* 2019;44(3):199-206. Available from: <https://thaidj.org/index.php/CHJ/article/view/5885/7638> (in Thai)
26. Chaonarin P, Deawprasert T, Ariyaprana P, Keeratavanithsathian S. Prevention of hypothermia in the newborn. *Thai Journal of Nursing* 2021;70(4):52-9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/250333> (in Thai)
27. Siefkes HM, Lakshminrusimha S. Management of systemic hypotension in term infants with persistent pulmonary hypertension of the newborn (PPHN) – an illustrated review. *Biomedical Journal* 2021;16(4):1-27. doi: 10.1136/archdischild-2020-319705
28. Ahmed AA, Al-Rafay SS, Mohamed F, El-Gadban F. Performance of nurses caring for neonates with persistent pulmonary hypertension. *Egyptian Journal of Health Care* 2022;13(3):487-97. Available from: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_253605_e4353b376bfa28eb1b9d9c44f1e74f6d.pdf

Drowning of Children under 5 Years Old: Problem, Causal Factors, and Solutions

Received: Jan 10, 2024

Revised: Jun 1, 2024

Accepted: Jun 10, 2024

Lawitra Kawee, B.Sc.¹

Phubate Napatpittayatorn, Ph.D.²

Chakkrit Ponrachom, Ph.D.^{3*}

Abstract

Introduction: Drowning of children under 5 years old in Thai society occurs continuously, causing both physical and mental trauma, including death among children, and impacting family quality of life. Understanding the problem status, causal factors and solutions can encourage relevant individuals to implement effective prevention measures.

Objective: To present the problem status, causal factors and solutions for drowning of children under 5 years old through a synthesis of published research studies.

Key issues: Drowning of children under 5 years old in Thai society most likely occurs in water sources in or around living areas. The important causal factor is the drowning preventive behavior of caregivers, which involves closely supervising children and managing the environment in their living areas. The causal factors for such behavior stem from factors within the child's caregivers, which are consistent with the health belief model. To solve the problem of drowning of children, caregivers should be encouraged to adopt desirable drowning preventive behavior, using various methods, integrated with activities provided by public health service centers in their areas.

Conclusions: It is essential to solve the problem of drowning in children by strengthening drowning preventive behavior among caregivers. Public health workers in primary public health service centers play a crucial role in efficiently preventing and solving this problem.

Implications: The presented solution can be used to develop an implementation guideline or conduct a research study with specific methods in areas with a high incidence rate of drowning.

Keywords: drowning of children, health belief model, caregiver behaviors, causal factors

¹Master Degree Student in Health Promotion and Health Education Program Email: Lawitra.k@ku.th

²Assistant Professor Email: Fedupbn@ku.ac.th

^{3*}Corresponding author: Lecturer Email: Chakkrit.pon@ku.th

¹⁻³Faculty of Education, Kasetsart University, Bangkok, Thailand.

การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: สภาพปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไข

Received: Jan 10, 2024

Revised: Jun 1, 2024

Accepted: Jun 10, 2024

ลวิตรา กำวี วท.บ.¹

ภูเบศร์ นภัทรพิทยากร วท.ด.²

จักรกฤษณ์ พลราชม ปร.ด.^{3*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสังคมไทยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลถึงความบาดเจ็บทางด้านร่างกาย จิตใจ และอาจจะถึงแก่ชีวิตของเด็กแล้ว ยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว การเข้าใจถึงสภาพปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหา สามารถทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องดำเนินการป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอสภาพปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยสังเคราะห์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่

ประเด็นสำคัญ: ปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสังคมไทยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในแหล่งน้ำภายในหรือบริเวณรอบ ๆ ที่พักอาศัย โดยปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด และการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัย โดยปัจจัยเชิงสาเหตุของการมีพฤติกรรมมาจากการปัจจัยเชิงสาเหตุภายในตัวบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาควรดำเนินการให้ผู้ดูแลเด็ก มีพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กที่พึงประสงค์ ด้วยการใช้กลวิธีที่หลากหลายและบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

สรุป: การแก้ไขปัญหาการจมน้ำในเด็กโดยการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลเด็กเป็นส่วนสำคัญที่ควรดำเนินการ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะสามารถแก้ไข ป้องกันปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ: แนวทางที่นำเสนอสามารถนำไปพัฒนาแนวทางในการดำเนินการหรือการศึกษาวิจัยด้วยการดำเนินการโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง

คำสำคัญ: การจมน้ำในเด็ก แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ปัจจัยเชิงสาเหตุ

¹นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา Email: Lawitra.k@ku.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ Email: Fedupbn@ku.ac.th

^{3*}Corresponding author อาจารย์ Email: Feduckp@ku.ac.th

¹⁻³คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ ประเทศไทย

บทนำ

การจมน้ำ เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลเสียภาวะของการหายใจ หรือการหายใจอ่อนแรงไป อันเนื่องมาจากทุกส่วนของร่างกายรวมทั้งระบบทางเดินหายใจอยู่ใต้น้ำ (Immersion) หรืออย่างน้อยใบหน้า หรือระบบทางเดินหายใจถูกปกคลุมอยู่ใต้น้ำ (Submersion) ในน้ำหรือของเหลวชนิดอื่นใด ซึ่งมีผลทำให้บุคคลนั้นถึงแก่ชีวิตหรือร่างกายผิดปกติหรือไม่ผิดปกติก็ได้¹ โดยปัญหาการจมน้ำเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยทั่วโลกการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สามของสาเหตุการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ (Unintentional injury) หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของการเสียชีวิตจากสาเหตุการบาดเจ็บ (Injury) ทั้งหมด ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำประมาณ 236,000 คน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยผู้เสียชีวิตมากกว่าครึ่งเกิดขึ้นในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific region) และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia region)² สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงเป็นอันดับที่สอง (5.5 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยติมอร์ - เลสเต (5.8 ต่อประชากรแสนคน)³ และกลุ่มเด็กเล็กอายุ 1 - 4 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี อย่างไรก็ตามการประมาณการของระดับโลกยังคงมีการประเมินสถานการณ์ปัญหาการจมน้ำที่ต่ำกว่าความเป็นจริง²

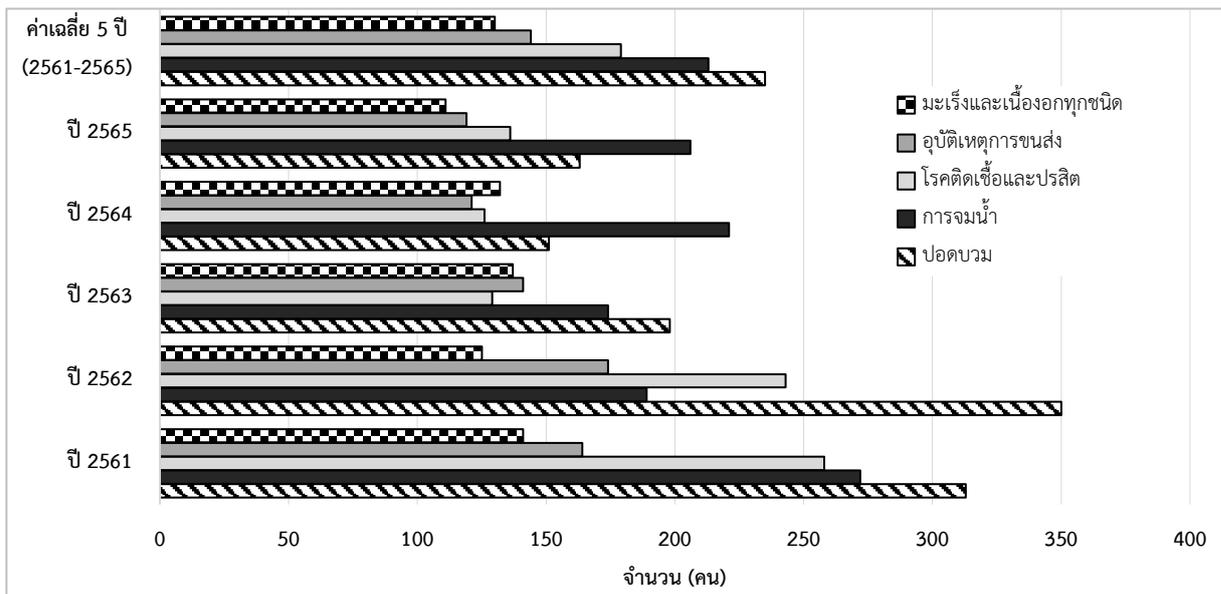
สำหรับประเทศไทย การจมน้ำยังคงเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556 - 2565) มีผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 36,342 คน เฉลี่ยปีละ 3,634 คน (วันละกว่า 10 คน) มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 4.80 - 6.90 โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่สอง รองมาจากอุบัติเหตุทางถนน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ๆ ในทุกสาเหตุ (ทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ) ซึ่งมากกว่าโรคไข้เลือดออกถึง 15 เท่า ในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จมน้ำเสียชีวิต เฉลี่ยปีละ 699 คน หรือวันละเกือบ 2 คน อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 5.00 - 7.60 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2556 - 2558 และค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2565 ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนเฉลี่ย 10 ปี (ปี พ.ศ. 2556 - 2565) พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (อัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 7.10 และ 7.00 ตามลำดับ) และมีจำนวนการเสียชีวิตสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁴

กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รองลงมาจากโรคปอดอักเสบ (Pneumonia)⁴ โดยส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นที่บ้านหรือบริเวณที่พักอาศัย⁵⁻⁶ ซึ่งลักษณะการจมน้ำมักจะเกิดขึ้นในภาชนะที่บรรจุน้ำที่มีปริมาณน้ำเพียงเล็กน้อย เช่น ถังน้ำ กะละมัง จนถึงแหล่งน้ำในบริเวณบ้านที่มีปริมาณน้ำมาก เช่น บ่อน้ำ อ่างน้ำ สระว่ายน้ำ เป็นต้น ซึ่งภายหลังการจมน้ำมากกว่าครึ่งมักจะเสียชีวิต แต่ในผู้ที่ไม่เสียชีวิตอาจจะทำให้สมองเสียหายอย่างรุนแรง จนเกิดความพิการในระยะยาว เช่น ปัญหาด้านความจำ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ และการสูญเสียการทำงานขั้นพื้นฐานของร่างกายอย่างถาวร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของตัวเด็กเอง และครอบครัว รวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัว⁷ ทั้งนี้ ในปัจจุบันมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และจิตอาสา ที่ให้ความสนใจ และร่วมกันดำเนินการแก้ไขปัญหาการจมน้ำในเด็กเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาการจมน้ำในเด็กยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอถึงสภาพปัญหา ปัจจัยเชิงสาเหตุ และแนวทางการแก้ไขปัญหาการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อให้บุคลากร

ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำองค์ความรู้จากบทความนี้ไปใช้ประโยชน์ เพื่อสามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สภาพปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย

การจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย พบสูงอย่างต่อเนื่อง โดยจากข้อมูลการเสียชีวิตของเด็กไทย อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยไม่นับรวมความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด พบว่า จำนวนการเสียชีวิตเฉลี่ย 5 ปี (ปี พ.ศ. 2561 - 2565) การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี รองลงมาจากโรคปอดอักเสบ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเป็นรายปี พบว่า การเสียชีวิตจากการจมน้ำในปี พ.ศ. 2564 - 2565 สูงเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งมากกว่าโรคปอดอักเสบ ถึง 1.3 - 1.5 เท่า ดังภาพที่ 1 โดยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2556 - 2565) มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ จำนวน 2,449 คน เฉลี่ยปีละ 250 คน (วันละเกือบ 1 คน) มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 5.5 - 8.4 โดยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 - 2563 (อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 8.4 ในปี พ.ศ. 2556 คงเหลือเท่ากับ 5.5 ในปี พ.ศ. 2563) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 - 2565 (อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 7.3 และ 7.1 ตามลำดับ) และเพศชายมีการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 2.5 เท่า⁴



ภาพที่ 1 สาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย 5 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2561 - 2565 (ค่าเฉลี่ย 5 ปี)

หมายเหตุ: ไม่นับรวมความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁵

การจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ระดับน้ำเพียง 1 นิ้ว หรือ 2.5 เซนติเมตร ก็สามารถทำให้จมน้ำได้⁸ และมักจะเกิดขึ้นที่บ้านหรือบริเวณที่พักผ่อน⁵⁻⁶ ซึ่งจากข้อมูลการรายงานจากระบบรายงานผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากการจมน้ำ จมน้ำ (Drowning report) ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.8) กิจกรรมก่อนเกิดเหตุส่วนใหญ่พลัดตกน้ำ (ร้อยละ 40.7) ซึ่งขณะเกิดเหตุเด็กส่วนใหญ่

อยู่กับผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 59.4 โดยขณะนั้นผู้ดูแลเด็กทำงานบ้าน ร้อยละ 50.0 และประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.1 แหล่งน้ำที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นสระน้ำ บ่อน้ำคลองที่อยู่ใกล้บ้าน และอยู่ใกล้ที่ทำงานของผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 67.3 นอกจากนี้ ยังพบว่า แหล่งน้ำที่เกิดเหตุเป็นภาชนะในบ้าน คือ ถังน้ำ อ่างน้ำ และกะละมัง มากถึงร้อยละ 12.1 และเด็กที่จมน้ำมักจะเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 67.70⁵ ทั้งนี้ จะเห็นว่าเด็กที่จมน้ำมากกว่าครึ่ง ภายหลังจากจมน้ำมักจะเสียชีวิต แต่ในผู้ที่ไม่เสียชีวิตอาจจะทำให้สมองเสียหายอย่างรุนแรงจนเกิดความพิการในระยะยาว เช่น ปัญหาด้านความจำ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ และการสูญเสียการทำงานขั้นพื้นฐานของร่างกายอย่างถาวร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของตัวเด็กเอง และครอบครัว รวมถึงคุณภาพชีวิตของครอบครัว และทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาวที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ ส่งผลให้มีการสูญเสียผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ประมาณร้อยละ 1 อีกทั้งการสูญเสียประชากรเด็กที่จะเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต ส่งผลกระทบต่อผลิตภาพการผลิต (Productivity) ของประเทศ^{3,7,9}

ปัจจัยเชิงสาเหตุของการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สามารถจำแนกสาเหตุที่ก่อให้เกิดการจมน้ำที่สำคัญได้เป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย พัฒนาการ และพฤติกรรมของเด็กแต่ละคน ซึ่งในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่พัฒนาการด้านสติปัญญา (Cognitive development) ยังไม่สามารถเรียนรู้ เข้าใจเหตุและผล (Cause and effect) ได้ ขณะเดียวกันเมื่อมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมัดเล็กที่ดีขึ้น เช่น คลาน เดิน ปีนป่าย การใช้มือหยิบจับสิ่งของได้ดีขึ้น เด็กจะสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัวด้วยตนเองโดยไม่เข้าใจผลของความเสี่ยงต่าง ๆ¹⁰ เมื่อมีอายุ 9 เดือนขึ้นไป เด็กจะคลานได้เร็วขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการจมน้ำจากแหล่งน้ำในบ้านหรือบริเวณรอบ ๆ บ้าน และเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไป จะเริ่มเดินได้แต่การทรงตัวยังไม่ดี เนื่องจากศีรษะจะมีขนาดใหญ่กว่าร่างกาย จุดศูนย์ถ่วงอยู่สูง จึงทำให้ล้มในท่าที่ศีรษะที่มลงได้ง่าย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น จึงมักพบการจมน้ำสูงในแหล่งน้ำภายในบ้านหรือบริเวณรอบ ๆ บ้าน เช่น ถังน้ำ กะละมัง บ่อน้ำ อ่างน้ำ สระว่ายน้ำ¹¹ และช่วงอายุมักจะมีความสัมพันธ์กับสถานที่เกิดเหตุจมน้ำ¹²

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็นสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การมีแหล่งน้ำใกล้ตัวเด็กซึ่งทำให้เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย การไม่มีรั้วล้อมรอบแหล่งน้ำเพื่อแบ่งแยกเด็กออกจากแหล่งน้ำ¹¹ ส่วนสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ครอบครัวที่พ่อแม่ต้องทำงานทำให้เด็กขาดผู้ดูแลหลัก การอยู่ในครอบครัวที่อาจจะไม่มีความพร้อมในการดูแลเด็ก เช่น ความยากจน ผู้ดูแลเด็กขาดการศึกษา อยู่ในภาวะหย่าร้าง และเป็นวัยรุ่น เป็นต้น^{10,13} ซึ่งพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็ก ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการจมน้ำของเด็ก ซึ่งเด็กเล็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ต้องอยู่ในระยะมองเห็น และคว่ำถึงได้ตลอดเวลา (Arm reach or touch supervision) และเด็กอายุ 3 - 5 ปี ต้องอยู่ในระยะมองเห็น เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ผิดปกติผู้ดูแลเด็กต้องสามารถเข้าถึงตัวเด็กได้อย่างรวดเร็ว¹⁰ ซึ่งการเกิดเหตุการณ์จมน้ำส่วนใหญ่ เกิดจากผู้ดูแลเด็กเผลอเรอ และคลาดสายตาไปเพียงชั่วขณะหรือในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น ทำงานบ้าน คุยโทรศัพท์ เผลอหลับ เป็นต้น¹⁴

ทั้งนี้ ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ทำให้เกิดการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่สำคัญสามารถจำแนกเป็น 2 สาเหตุ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งผู้ดูแลเด็กอาจจะเผลอเรอและคลาดสายตาไป

เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ เช่น ทำงานบ้าน คุ้ยโทรศัพท์ เข้าห้องน้ำ เพลอหลับ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ หรือบางครั้งครัว พ่อและแม่อาจจะไม่มีความพร้อมในการดูแล จึงฝากให้เด็กอยู่กับผู้สูงอายุ หรือญาติพี่น้องดูแลแทน เป็นต้น และ 2) การขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน และรอบ ๆ บ้าน โดยผู้ดูแลเด็กมักจะขาดความตระหนัก เกี่ยวกับการจมน้ำในเด็ก และวิธีการป้องกัน รวมถึงการมีแหล่งน้ำที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งเด็กอายุตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป จะคลานได้เร็วขึ้น เริ่มยืน นั่ง และเดินได้ แต่เด็กจะมีการทรงตัวที่ไม่สมบูรณ์ ศีรษะจะมีน้ำหนัก ที่มากกว่าลำตัว ทำให้เด็กเกิดการหกล้มในท่าศีรษะที่มลงได้ ประกอบกับเด็กจะสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้วยตนเองโดยไม่เข้าใจผลของความเสี่ยงต่าง ๆ ทำให้มักจะพบการจมน้ำในแหล่งน้ำภายในบ้านและรอบ ๆ บ้าน เช่น ถังน้ำ กะละมัง อ่างเลี้ยงปลา ตุ่มน้ำ บ่อน้ำ เป็นต้น^{11,14,15} ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้มีการให้ข้อเสนอแนะ ในการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลเด็กที่พึงประสงค์ ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยควรมีการติดตั้งสิ่งกีดขวางเพื่อจำกัดการเข้าถึงแหล่งน้ำ โดยสิ่งกีดขวาง ได้แก่ คอกกั้นเด็ก สิ่งกีดขวางประตูทางออก การล้อมรั้วรอบแหล่งน้ำ/สระว่ายน้ำ และการครอบปิดถังเก็บน้ำ/บ่อเก็บน้ำ ซึ่งจะสามารถกันเด็กให้ออกห่างจากแหล่งน้ำเปิด และป้องกันการจมน้ำได้^{1,16}

แนวทางการแก้ไขปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีประสิทธิผลในประเทศไทย

การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีปัจจัยเชิงสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม ของผู้ดูแลเด็ก และการขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน และรอบ ๆ บ้าน ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ดังกล่าวมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) ทั้งปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล (Intrapersonal factors) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น และภายนอกตัวบุคคล (External factors) ซึ่งประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม^{6,12,17} แต่เนื่องมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลนั้น เกิดการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพราะสังคมเป็นพลวัต (Social dynamic) และเพื่อการแก้ไขปัญหา การจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืนนั้น ควรมุ่งเน้นแก้ไขปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรม ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลหรือระดับบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินงานในระดับครอบครัวและชุมชน ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลหรือระดับบุคคล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดความเชื่อ หรือการรับรู้ต่อปัญหาของความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการจมน้ำในเด็ก เล็งเห็นประโยชน์ และอุปสรรค ถึงการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งมีความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากภายในจากการกระตุ้นของสิ่งเร้า จากภายนอกและภายใน ร่วมกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดแรงจูงใจ ที่จะอดทนต่อความยากลำบาก และอุปสรรค นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่พึงประสงค์ได้ ด้วยการ ใช้โปรแกรมการฝึกอบรมทางการศึกษา (Educational training program) ตามข้อเสนอแนะทางวิชาการ ในระดับนานาชาติในการแก้ไขปัญหาการจมน้ำในกลุ่มเด็กเล็ก ประกอบด้วย¹⁸⁻²⁰

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มักจะมีพฤติกรรม ชอบสำรวจ และให้ความสนใจสิ่งต่าง ๆ รอบตัวโดยไม่เข้าใจผลของความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น¹⁰ และมีการทรงตัว ที่ไม่ดี เนื่องจากสภาพร่างกายเด็กมีศีรษะที่มีน้ำหนักมากกว่าร่างกาย และจุดศูนย์กลางของร่างกายอยู่สูง ทำให้ล้ม ในท่าที่ศีรษะที่มลงได้ง่าย และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมถึงการอยู่ในครอบครัวที่อาจจะไม่มีความพร้อม ในการดูแลเด็ก และขาดความตระหนักเกี่ยวกับการจมน้ำในเด็ก ทำให้เด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผอเรือ

หรือคลาดสายตาไปชั่วขณะ และมีแหล่งน้ำที่เด็กสามารถเข้าถึงได้ ในบ้านและบริเวณบ้าน เช่น ถังน้ำ กะละมัง อ่างอาบน้ำ เป็นต้น จึงมักพบเด็กจมน้ำสูงในแหล่งน้ำภายในบ้าน และบริเวณบ้าน^{11,13} ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำ ควรมีการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกที่จะสามารถคาดคะเนโอกาสเสี่ยงของการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

2) การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก ภายหลังจากจมน้ำ เด็กที่จมน้ำมากกว่าครึ่งมักจะเสียชีวิต⁵ แต่ในเด็กที่ไม่เสียชีวิตอาจจะทำให้สมองเสียหายอย่างรุนแรงจนเกิดความพิการในระยะยาว เช่น ปัญหา ด้านความจำ ความบกพร่องทางการเรียนรู้ และการสูญเสียการทำงานขั้นพื้นฐานของร่างกายอย่างถาวร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระยะยาวในด้านร่างกาย และจิตใจของเด็ก รวมถึงคุณภาพชีวิตของตัวเด็กในอนาคตด้วย นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของผู้ดูแลเด็กและครอบครัว ซึ่งต้องมีผู้ดูแลเด็ก ตลอดเวลา ผู้ดูแลเด็กและครอบครัวอาจจะมีปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะเครียด มีปัญหาขัดแย้งกันในครอบครัว รวมถึงมีภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย^{3,7,9} ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำ ควรมีการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกจากผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมที่จะเกิดขึ้นจากการจมน้ำ ของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

3) การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก หากมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็กได้ จะทำให้เด็กปลอดภัย สามารถเติบโตเป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศต่อไป รวมถึงไม่เกิดผลกระทบที่ตามมาจากการจมน้ำของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของเด็กและครอบครัว รวมไปถึงช่วยให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) มีการสูญเสียที่ลดลง⁹ ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ควรมีการให้ข้อมูลที่เป็นจริง ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกต่อข้อดีของการปฏิบัติในการดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

4) การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ภายหลังจากปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำ ผู้ดูแลเด็กอาจจะมีความเชื่อหรือความรู้สึกเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบของการป้องกันการจมน้ำ เช่น หากต้องเพิกถอนถังน้ำหรือกะละมังทิ้งหลังใช้งานทำให้รู้สึกเสียดายน้ำ และรู้สึกมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน การที่ต้องล้อมรั้วรอบบ่อน้ำข้างบ้านทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น ดังนั้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ด้วยการอภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคเป็นรายบุคคล เพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

5) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำ ผู้ดูแลเด็ก ต้องได้รับการกระตุ้นหรือมีแรงจูงใจจากเหตุการณ์หรือกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งจากสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ร่วมกับสิ่งกระตุ้นจากภายในของบุคคล โดยในการเสริมสร้างการรับรู้สิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสาร การบอกกล่าว ตักเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น และสิ่งกระตุ้นจากภายในทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ที่ชักนำให้ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติในการดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

6) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ผู้ดูแลเด็กจะเกิดความเชื่อและความรู้สึกว่าจะตนเองจะสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำได้ประสบความสำเร็จ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะอดทนต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จนสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำได้สำเร็จ การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำได้โดยการฝึกการปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเรียนรู้จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง หรือการนำเสนอตัวแบบที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับผู้ดูแลเด็ก การบอกกล่าวให้กำลังใจทางวาจา และการกระตุ้นเตือน เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินตนเองถึงความเชื่อมั่นว่าจะสามารถปฏิบัติในการดูแลเด็ก และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำเพื่อป้องกันการจมน้ำของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินงานในระดับครอบครัวและชุมชน โดยการใช้กลวิธีในระดับครอบครัว ด้วยการส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับสมาชิกในครอบครัวด้วยวิธีการต่าง ๆ และเพื่อให้บุคคลในครอบครัวสามารถเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีแก่ผู้ดูแลเด็ก พร้อมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ พร้อมทั้งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ดูแลเด็กและกลวิธีในระดับชุมชน เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในชุมชนผ่านช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ รับทราบข้อมูลต่าง ๆ และนำมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคลหรือระดับบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือการดำเนินงานในระดับครอบครัวและชุมชนดังกล่าวนี้ สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health belief model) ซึ่งเป็นแบบจำลองทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล²¹ โดยมีนักวิจัยและนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศ ที่ได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการออกแบบเพื่อดำเนินการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หรือการส่งเสริมสุขภาพที่ได้ออกแบบให้ตรงกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการใช้กลวิธีที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลวิธีในระดับบุคคล ซึ่งเน้นการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบเผชิญหน้า (Face to face) ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโดยบุคลากรทางสาธารณสุขด้วยวิธีที่หลากหลาย เช่น การอภิปรายกลุ่ม การใช้สื่อวีดิทัศน์ การทำกิจกรรมกลุ่ม และการใช้ตัวแบบเป็นต้น ซึ่งทั้งหมดประสบความสำเร็จ^{19-20,22-25} ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก มีสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันการจมน้ำในผู้ดูแลเด็กที่พึงประสงค์ และจะช่วยลดและป้องกันเด็กจมน้ำในที่พักอาศัยได้ รวมถึงสามารถส่งผลกระทบต่ออัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิต พร้อมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วย

บทสรุป

ปัญหาการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว โดยปัจจัยสาเหตุที่พบมาจากพฤติกรรมดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม และการขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริเวณบ้าน และรอบ ๆ บ้าน ปัจจัยสาเหตุดังกล่าว บุคคลสำคัญที่จะสามารถทำให้เด็กปลอดภัยได้นั้น

คือ ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดอยู่กับเด็กตลอดเวลา และการป้องกันปัญหาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลเด็กให้พึงประสงค์โดยเฉพาะการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด และการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัย ซึ่งหากสามารถเสริมสร้างปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลเด็ก ตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ความรุนแรงต่อการจมน้ำในเด็ก การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็ก และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการจมน้ำในเด็ก จะสามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กที่พึงประสงค์ และส่งผลให้เด็กปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ควรมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันการจมน้ำในเด็กของผู้ดูแลเด็กให้พึงประสงค์ ผ่านการพัฒนาองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลเด็ก โดยเน้นมาตรการเชิงรุก และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขสามารถพัฒนากิจกรรมด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย การอภิปราย การระดมสมอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และการเรียนรู้จากตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่น เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ดูแลเด็ก ตามบริบทของสังคมและปัญหาให้สอดคล้องกับการพัฒนาตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เพื่อกำเนินงานในสถานบริการสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งนักวิจัยและนักวิชาการ สามารถพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการจมน้ำบริเวณที่พักอาศัยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของผู้ดูแลเด็ก และทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นผ่านกระบวนการวิจัย เพื่อนำมาซึ่งองค์ความรู้และแนวปฏิบัติที่สำคัญต่อสังคมต่อไป

References

1. Division of Injury Prevention, Department of Disease Control. Drowning prevention course for program manager. Bangkok: Rumthai press; 2020. (in Thai)
2. World Health Organization. Drowning [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drowning>
3. World Health Organization. Regional status report on drowning in South-East Asia. New Delhi: World Health Organization; 2021.
4. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022. Nonthaburi: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
5. Division of Injury Prevention, Department of Disease Control. Drowning report system [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://dip.ddc.moph.go.th/satdrowning>
6. Wang M, Liu Y, Kang L, He C, Miao L, Huang J, et al. Social and environmental risk factors for the accidental drowning of children under five in China. *BioMed Central Public Health* 2020;20(1):1553. doi: 10.1186/s12889-020-09650-0.
7. Chivanon N. Accidents in children: situation and prevention. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24(3):1-12. (in Thai)
8. Cronan KM. Protecting kids from water & drowning hazards [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://kidshealth.org/en/parents/safety-drowning.html>
9. World Health Organization. Hidden depths: the global investment case for drowning prevention. Geneva: World Health Organization; 2023.
10. Plitapolkarnpim A. Guidelines for child safety promotion and injury prevention. In: Noipayak P, Piyasil W, Ningsanon W, Ungthavorn P, editors. *Guideline in child health supervision*. Bangkok: Sappasarn; 2014. p. 101-26. (in Thai)
11. Gerdmongkolgan S, Ekchaloemkiet S, Dumnakkaew K. Descriptive analysis of the drowning injury surveillance system in all 5 dimensions of operations. In: Hinjoy S, Thiparat K, Tachakamonsuk P, editors. *Summary of guidelines for analysis of surveillance systems for 5 disease groups, 5 dimensions, year 2016*. Samutprakan: TS Interprint; 2016. p. 122-9. (in Thai)
12. Denny SA, Quan L, Gilchrist J, McCallin T, Sheno R, Yusuf S, et al. Prevention of drowning. *Pediatrics* 2021;148(2):e2021052227. doi: 10.1542/peds.2021-052227.
13. Liu Z, Kong F, Yin L, Wang A, Xiong L, Xie D, et al. Epidemiological characteristics and influencing factors of fatal drowning in children under 5 years old in Hunan Province, China: case-control study. *BioMed Central Public Health*. 2019;19(1):955. doi: 10.1186/s12889-019-7241-z.
14. Gerdmongkolgan S, Ekchaloemkiet S, Jongsukklai K. An in-depth study of drowning among children under 5 years of age in Thailand. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen* 2023;30(3):49-61. (in Thai)

15. World Health Organization. WHO Guideline on the prevention of drowning through provision of day-care and basic swimming and water safety skills. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. World Health Organization. Preventing drowning: an implementation guide. Geneva: World Health Organization; 2017.
17. Hossain M, Mani KKC, Sidik SM, Hayati KS, Rahman AKMF. Socio-demographic, environmental and caring risk factors for childhood drowning deaths in Bangladesh. *BioMed Central Pediatrics* 2015;15(1):114. doi: 10.1186/s12887-015-0431-7.
18. International Life Saving Federation. Drowning prevention strategies: a framework to reduce drowning deaths in the aquatic environment for nations/regions engaged in lifesaving. Belgium: The International Life Saving Federation; 2015.
19. Estebarsari F, Filabadi ZR, Matbouei M, Nasiri M. Application of a risk management program based on the health belief model for preventing home accidents. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2023;28(1):78-84. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_367_21.
20. Moridi E, Fazelniya Z, Yari A, Gholami T, Hasirini PA, Khani Jeihooni A. Effect of educational intervention based on health belief model on accident prevention behaviours in mothers of children under 5-years. *BioMed Central Women's Health* 2021;21(1):428. doi: 10.1186/s12905-021-01573-1.
21. Green EC, Murphy EM, Gryboski K. The health belief model. In: Sweeny K, Robbins ML, Cohen LM, editors. *The wiley encyclopedia of health psychology: volume II, The Social Bases of Health Behavior*. New York: Wiley-Blackwell; 2020. p. 211-4. doi: 10.1002/9781119057840.ch68
22. Faengphong N, Junprasert S, Rattanaagreehakul S. Effects of health belief development program among parents on perceptions and hand-foot-mouth disease preventive behaviors for preschool-aged children in child development center. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2020;28(3):113-25. (in Thai)
23. Sandomierski MC, Morrongiello BA, Colwell SR. S.A.F.E.R. Near water: an intervention targeting parent beliefs about children's water safety. *Journal of Pediatric Psychology* 2019;44(9):1034-45. doi: 10.1093/jpepsy/jsz042.
24. Abbassinia M, Barati M, Afshari M. Effectiveness of interventions in the prevention of home injuries among children under 5 years of age: a systematic review. *Archives of Trauma Research* 2019;8(4):190-7.
25. Stehr P, Reifegerste D, Rossmann C, Caspar K, Schulze A, Lindemann AK. Effective communication with caregivers to prevent unintentional injuries in children under seven years. A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2022;105(8):2721-30. doi: 10.1016/j.pec.2022.04.015.

บทความวิชาการ

Forum Theatre as a Teaching Strategy in Nursing Education

Received: Apr 17, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

Rattikorn Muangnang, Ph.D.¹

Sumuttana Kaewma, Ph.D.^{2*}

Abstract

Introduction: Simulated learning scenarios facilitate the growth of nursing students' knowledge, skills, and practical nursing experiences prior to their engagement in real - world patient care settings.

Objective: To provide an overview of concepts and strategies for administering nursing education through the utilization of forum theatre.

Key issues: Fundamental theoretical concepts of learning associated with forum theatre; key strategies of forum theatre; steps in managing nursing education using forum theatre and the role of the instructor in supporting forum theatre learning and examples of applying forum theatre in nursing education.

Conclusions: The strategy of managing nursing education using forum theatre supports student engagement in learning and hands - on learning in a safe and friendly environment, with instructors facilitating the learning process.

Implications: Forum theatre can be used in both classroom settings and remote learning, and can be applied to nursing across various fields and issues.

Keywords: forum theatre, teaching and learning, nursing education

¹Lecturer: Email: noko24psy@bcnu.ac.th

^{2*}Corresponding author: Lecturer, Email: sumuttana.k@bcnu.ac.th

¹⁻²Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Udonthani, Thailand.

กลยุทธ์การสอนโดยใช้ฟอร์มเรียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาล

Received: Apr 17, 2024

Revised: Aug 13, 2024

Accepted: Aug 19, 2024

รัตติกร เมืองนาง ปร.ด.¹

สุมัทธนา แก้วมา ปร.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

บทนำ: การจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอการทบทวนแนวคิดและกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนด้วยฟอร์มเรียเตอร์ทางการศึกษาทางการพยาบาล

ประเด็นสำคัญ: แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับฟอร์มเรียเตอร์ กลยุทธ์ที่สำคัญของฟอร์มเรียเตอร์ ขั้นตอนในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอร์มเรียเตอร์ บทบาทของผู้สอนในการสนับสนุนการเรียนรู้ฟอร์มเรียเตอร์ และตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอร์มเรียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาล

สรุป: กลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอร์มเรียเตอร์เป็นการสนับสนุนให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และลงมือปฏิบัติการเรียนรู้ภายใต้สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเป็นมิตร โดยผู้สอนทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ: การจัดการเรียนการสอนฟอร์มเรียเตอร์สามารถทำได้ทั้งในห้องเรียน และการเรียนการสอนทางไกล และนำไปปรับใช้กับการพยาบาลในทุกสาขาในหลากหลายประเด็น

คำสำคัญ: ฟอร์มเรียเตอร์ การเรียนการสอน การศึกษาทางการพยาบาล

¹อาจารย์ Email: noko24psy@bcnu.ac.th

^{2*}Corresponding author อาจารย์ Email: sumuttana.k@bcnu.ac.th

¹⁻²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก อุดรธานี ประเทศไทย

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีแผนการศึกษาแห่งชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ที่ได้กำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาการศึกษาในประเทศไทยเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 และรองรับความต้องการของสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต เน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะและความรู้ที่จำเป็นสำหรับชีวิต และการทำงานในอนาคต การเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนโดยการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 (3Rs + 8Cs) ซึ่งหลัก 3Rs ได้แก่ การอ่านออก (Reading) การเขียนได้ (Writing) และการคิดเลขเป็น (Arithmetics) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม (Creativity and innovation) ทักษะด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (Cross – cultural understanding) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, teamwork and leadership) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ (Communications, information and media literacy) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing and ICT literacy) ทักษะอาชีพและทักษะการเรียนรู้ (Career and learning skills) และความมีเมตตา กรุณา มีวินัย คุณธรรม จริยธรรม (Compassion)¹ ซึ่งทักษะเหล่านี้สอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ของฟอรัมเธียเตอร์ที่เป็นอีกหนึ่งเทคนิคที่ส่งเสริมการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) โดยมุ่งให้ผู้เรียนมีบทบาทในการเรียนรู้จริงจากการกระทำ อันเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (Experiential learning)² ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ³ การที่ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติการเรียนรู้ด้วยตนเองตามเทคนิคฟอรัมเธียเตอร์ สอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของมนุษย์ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่ต้องใช้ทักษะหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายในการแสดงท่าทาง การเคลื่อนไหว ด้านความคิดในการแก้ไขปัญหาและเชื่อมโยงกับชีวิตและสังคม ด้านการสื่อสารด้วยการฟังและการพูด รวมทั้งด้านปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น กล่าวโดยสรุป คือ เทคนิคฟอรัมเธียเตอร์ช่วยพัฒนาผู้เรียนทั้งในด้านพุทธิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยได้เป็นอย่างดี⁴⁻⁵

ฟอรัมเธียเตอร์ (Forum theatre) เป็นรูปแบบของการแสดงละครที่มีผู้ชมมีส่วนร่วม ถูกสร้างขึ้นในช่วง ค.ศ. 1970 โดยออกุสโต โบอัล (Augusto Boal) ซึ่งเป็นนักการละครชาวบราซิล นักทฤษฎี และนักเคลื่อนไหวทางการเมือง ได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากนักการศึกษาและนักทฤษฎี เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) ฟอรัมเธียเตอร์เป็นเทคนิคละครของผู้ถูกกดขี่ (Theatre of the oppressed) ที่ใช้ละครของผู้ถูกกดขี่ในการเปลี่ยนแปลงในสังคมและทางการเมือง เป็นการนำเสนอสถานการณ์ที่ท้าทายในรูปแบบของการแสดงสดโดยให้ผู้ชมมีส่วนร่วม ซึ่งผู้ชมสามารถแสดงความคิดเห็น แนะนำการเปลี่ยนแปลงบทในฉากละคร และสามารถรับบทในฉากละคร เมื่อการแสดงมีการดำเนินมาถึงจุดที่ตัวละครต้องตัดสินใจหรือต้องแก้ไขสถานการณ์ การแสดงจะหยุดเพื่อให้ผู้ชมได้สวมบทบาทของตัวละครที่ถูกกดขี่โดยการด้นสด (Improvisation)⁶ ที่ไม่ได้มีการซักซ้อมมาก่อน ทั้งนี้ โบอัลเชื่อว่าการเปลี่ยนผ่านทางสังคมได้ทุกคนต้องเป็นผู้กระทำการ (Protagonist) การที่ผู้ชมได้รับประสบการณ์ใหม่จากการแสดงหรือการ "กระทำการ" (Doing) ซึ่งช่วยให้ค้นพบทางออกหรือแนวทางใหม่ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง กระบวนการนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ผู้ชมเข้าใจปัญหาแต่ยังช่วยให้สามารถปลดปล่อยตนเองจากการเป็นผู้ถูกกดขี่หรือถูกจำกัด โดยการสร้างความตระหนักรู้และพลังในการเปลี่ยนแปลง⁷ ต่อมาเทคนิคการจัดการเรียนรู้ฟอรัมเธียเตอร์ถูกนำไปใช้ทั้งโดยตรงและโดยการประยุกต์เพื่อสร้างการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงอย่างแพร่หลาย

ในต่างประเทศได้มีการนำฟอรัมเชิงโต้ตอบมาประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาในศาสตร์สาขาต่าง ๆ กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ได้แก่ ในประเทศสวีเดน นักศึกษาแพทย์ได้ฝึกทักษะการแจ้งข่าวการเสียชีวิตของผู้ป่วยให้แก่ญาติสนิทผ่านการเรียนรู้ฟอรัมเชิงโต้ตอบ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ได้เข้าใจกระบวนการทางอารมณ์ในภาวะสูญเสียของญาติ และวิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก⁸ ในประเทศสกอตแลนด์ มีการใช้นำฟอรัมเชิงโต้ตอบมาใช้ในการฝึกทักษะการสื่อสารให้กับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารของตนเอง โดยเน้นการให้คำปรึกษาและการสัมภาษณ์ระหว่างนักศึกษาเภสัชศาสตร์และผู้รับบริการ⁹ ในประเทศอังกฤษ มีการศึกษาประสบการณ์ และประสิทธิผลของการใช้เทคนิคฟอรัมเชิงโต้ตอบในการพัฒนาทักษะการพยาบาลด้านสุขภาพจิต ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสาขาสุขภาพจิตมีความเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Empathy) เพิ่มขึ้น¹⁰ อีกทั้งได้นำฟอรัมเชิงโต้ตอบมาใช้ในการพัฒนาทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์ที่พยาบาลต้องให้การดูแลเด็กแบบประคับประคองและช่วงสุดท้ายของชีวิต¹¹ นอกจากนี้ ในประเทศแคนาดา มีการนำฟอรัมเชิงโต้ตอบมาผสมผสานการฝึกซ้อมทางความคิด (Cognitive rehearsal) เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้กับการรับมือกับการกลั่นแกล้ง¹²

ในประเทศไทยฟอรัมเชิงโต้ตอบถูกนำมาใช้ปี พ.ศ. 2556 โดยศรชัย ฉัตรวิริยะชัย ผู้เชี่ยวชาญด้านการละครซึ่งได้ก่อตั้งกลุ่มละคร “มารีองดู” มาจากคำภาษาไทย “มาลองดู” โดยใช้การแสดงละครเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมให้กับผู้ถูกกดขี่และถูกเอารัดเอาเปรียบ ซึ่งที่ผ่านมามีการนำเสนอละครในหลากหลายประเด็น ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้พิการ คนไร้บ้าน สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ สิทธิของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การล่วงละเมิดทางเพศ การเหยียดเพศสภาพ เป็นต้น¹³ และต่อมาได้มีการนำฟอรัมเชิงโต้ตอบไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

ในการศึกษาทางการพยาบาลของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า มีเพียงรายงานการศึกษาวิจัยในประเด็นการสร้างสรรคฟอรัมเชิงโต้ตอบ เพื่อเสริมสร้างจริยธรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ฟอรัมเชิงโต้ตอบส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีส่วนร่วมในชั้นเรียน นักศึกษาพยาบาลมองเห็นประเด็นจริยธรรมที่ปรากฏในละคร และทำให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพมากขึ้น จะเห็นได้ว่ายังมีการนำฟอรัมเชิงโต้ตอบมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการศึกษาพยาบาลค่อนข้างน้อย และยังไม่ครอบคลุมถึงสถานการณ์ในคลินิก และการให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทางในสาขาการพยาบาลต่าง ๆ

ผู้เขียนได้เรียบเรียงบทความวิชาการนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนแนวคิดที่สำคัญของฟอรัมเชิงโต้ตอบ และเพื่อนำเสนอกลยุทธ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบในการศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อวงการการศึกษาทางการพยาบาล โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนที่สามารถนำการจัดการเรียนรู้ฟอรัมเชิงโต้ตอบไปใช้ในการพัฒนาความรู้ และทักษะทางการพยาบาลให้แก่นักศึกษาพยาบาล ก่อนที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบในการศึกษาทางการพยาบาล

การใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบเป็นกลยุทธ์การสอนในการศึกษาทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์หลายประการ ได้แก่¹⁵

1. การเสริมสร้างทักษะในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย โดยช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์ที่สมจริง
2. การกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมอย่างจริงจังจากผู้เรียนผ่านการแสดงบทบาทในละคร
3. การสนับสนุนการทำความเข้าใจและการตอบสนองต่อสถานการณ์เชิงวิชาการและเชิงทฤษฎี

4. การสร้างโอกาสให้เกิดการคิดวิเคราะห์และการเตรียมการที่เกี่ยวข้องกับทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก

แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับฟอรัมเฮียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาล

1. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่สนับสนุนการใช้ ฟอรัมเฮียเตอร์ในการศึกษาทางการพยาบาลการใช้ฟอรัมเฮียเตอร์มีความสอดคล้องกับทฤษฎีทางการศึกษาหลายแนวคิด ได้แก่¹⁶⁻¹⁸

1.1 ทฤษฎีการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (Constructivism) ในการเรียนรู้ผ่านกลยุทธ์การสอนฟอรัมเฮียเตอร์เป็นการเน้นให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการคิดวิเคราะห์ อภิปรายเกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางการพยาบาลจากสถานการณ์จำลอง หาแนวทางการแก้ไขปัญหา และการลงมือปฏิบัติช่วยให้ผู้เรียนสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

1.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) มีความเชื่อว่าการเรียนรู้ของมนุษย์ส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบ การชมการแสดงละครในสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกการสังเกตและการเข้าร่วมการแสดงบทบาทในฟอรัมเฮียเตอร์ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากเพื่อนและพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล

1.3 ทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) โดยฟอรัมเฮียเตอร์เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เกิดการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ และการพัฒนาตนเอง ความท้าทายของผู้เรียนในการอภิปราย และตั้งสมมติฐานในการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการแสดงในฉากละครช่วยส่งเสริมความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. การเชื่อมโยงการเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการสะท้อนคิด

ฟอรัมเฮียเตอร์เป็นสื่อกลางหลักการการเรียนรู้โดยการทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ในสถานการณ์ที่สมจริง เปิดโอกาสในการมีส่วนร่วมจริงในการแสดง มีการฝึกการสะท้อนคิดจากการปฏิบัติในบทบาทของผู้แสดงแทนการเป็นผู้ชม ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์การกระทำและทัศนคติของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ สามารถระบุจุดที่ต้องปรับปรุง และทำให้เกิดเอกลักษณ์มืออาชีพในบทบาทของพยาบาล

3. การผสมผสานฟอรัมเฮียเตอร์ในการศึกษาเพื่อเพิ่มทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ และการใช้เหตุผลทางคลินิก

ฟอรัมเฮียเตอร์เป็นการส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยสนับสนุนให้ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์ที่ซับซ้อน พิจารณามุมมองที่หลากหลาย และเสนอวิธีแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ด้วยการจำลองสถานการณ์ทางคลินิก ผู้เรียนจะพัฒนาทักษะการใช้เหตุผลทางคลินิกและเรียนรู้ที่จะตัดสินใจอย่างมีข้อมูลภายใต้ความกดดัน ซึ่งท้ายที่สุดจะช่วยเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลในโลกแห่งความเป็นจริง

กลยุทธ์ที่สำคัญของฟอรัมเฮียเตอร์

ฟอรัมเฮียเตอร์เป็นการแสดงละครที่นำเสนอสถานการณ์จำลองซึ่งเป็นสถานการณ์ความขัดแย้งยุ่งยากหรือซับซ้อน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้แสดงละครจะแสดงละครตามบทบาทที่ได้รับตั้งแต่เริ่มต้นจนจบเรื่อง 1 รอบ เพื่อเป็นการนำเสนอสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด

ขั้นที่ 2 โจ๊กเกอร์ (Joker) หรือผู้ดำเนินรายการ (Moderator) หรือผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ (Facilitator) จะเปิดการอภิปรายโดยการตั้งคำถามและกระตุ้นให้ผู้ชมได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ต่อสถานการณ์และหาทางแก้ไขในเชิงสร้างสรรค์

ขั้นที่ 3 การเปลี่ยนบทบาทของผู้ชมเป็นผู้แสดง โดยจะมีการนำเสนอละครใหม่อีกครั้งตั้งแต่เริ่มต้น และหากผู้ชมต้องการที่จะแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในช่วงใด ผู้ชมสามารถจะพูด "หยุด" ได้ทุกเมื่อ และการแสดงจะหยุด ผู้ชมจะเข้าไปสวมบทบาทแทนนักแสดงบนเวที ซึ่งการกระทำนี้จะเป็นการเสนอทางเลือกอื่น ในเชิงบวกสำหรับการแก้ไขสถานการณ์นั้น ซึ่งการเข้าไปสวมบทบาทจากผู้ชม (Spectator) เป็นผู้แสดง (Spect - actor) โดยไม่ได้ฝึกซ้อมมาก่อนหรือเรียกว่า "การด้นสด" เป็นการเรียนรู้โดยการ "กระทำ" จะช่วยให้ ผู้ที่สวมบทบาทผู้แสดงมีการตกผลึกภายในตนเอง (Internalization) นำไปสู่การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ซึ่งวิธีการในฟอรัมเธียเตอร์ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อหาข้อตกลงในการแก้ปัญหา แต่เป็นการชักจูงทางเลือกที่เป็นไปได้สำหรับชีวิตจริงที่ถูกเสนอโดยผู้ชมที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดง การสวมบทบาทของผู้ชมจึงถือเป็นการกระทำการเพื่อชักจูงการแก้ปัญหา^{7,19}

ขั้นตอนในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเธียเตอร์

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคนิคฟอรัมเธียเตอร์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการแสดง (Pre - production) ได้แก่

1.1 กำหนดประเด็นปัญหาหรือความขัดแย้งที่ต้องการหยิบยกมาเป็นประเด็นการเรียนรู้ให้แก่ผู้เรียน ตามเป้าหมายการเรียนรู้ โดยสถานการณ์ที่จำลองขึ้นมาในฟอรัมเธียเตอร์มักจะเป็นสถานการณ์ที่ไม่ดี มีความขัดแย้ง หรือวิกฤตที่ต้องมีการตัดสินใจ และไม่มีคำตอบที่ชัดเจน เช่น การสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยความใจร้อน การกลั่นแกล้ง ซึ่งการเขียนบทละครนั้น สถานการณ์จะจบลงด้วยความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ^{17,19} ดังนั้น สถานการณ์จำลองเหล่านี้จึงจะส่งเสริมให้ผู้ชมได้เกิดความคิดอย่างลึกซึ้ง หลากหลายมิติ

1.2 ศึกษาข้อมูลในประเด็นปัญหาที่กำหนดเพื่อนำมาสร้างสรรค์บทละครหรือสถานการณ์จำลอง

1.3 วางแผนการดำเนินงาน ออกแบบฉาก องค์ประกอบฉาก และเตรียมเสื้อผ้าสำหรับนักแสดง

1.4 ฝึกซ้อมการแสดงตามบทละคร ซึ่งละครนี้ไม่ได้มุ่งเน้นความสมบูรณ์แบบเหมือนกับการฝึกซ้อมการแสดงในละครเวที

ขั้นที่ 2 ขั้นการแสดง (Production) ผู้ดำเนินรายการ (Moderator) กล่าวต้อนรับ แจ้งกติกา หรือข้อตกลงเบื้องต้นของการดำเนินกิจกรรมฟอรัมเธียเตอร์ และอำนวยการแสดงบนเวที โดยให้มีการแสดงละคร ตั้งแต่ต้นเรื่องจนจบ 1 รอบ จากนั้นผู้ดำเนินรายการจะตั้งคำถามต่าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ชมได้เกิดการอภิปราย ประเด็นปัญหา และหาทางออกที่เป็นไปได้กับการแก้ปัญหานั้น ภายใต้บรรยากาศที่ผ่อนคลายและรู้สึกปลอดภัย ภายหลังจากการอภิปรายจะให้มีการแสดงในรอบที่ 2 ซึ่งในครั้งนี้ผู้ชมจะได้มีส่วนร่วมในการแสดงโดยนำแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากการอภิปรายไปแสดงแบบด้นสด

ขั้นที่ 3 ขั้นหลังการแสดง (Post - production) เป็นการอภิปรายหลังและกระตุ้นถามการเรียนรู้สะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจจะทำได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การถามตอบ การเขียนบันทึก สะท้อนคิด เป็นต้น

บทบาทของผู้สอนในการสนับสนุนการเรียนรู้ฟอรัมเธียเตอร์

ผู้สอนอาจทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการ (Moderator) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาการเรียนรู้ในฟอรัมเธียเตอร์ โดยมีหน้าที่ ดังนี้¹⁹

1. กล่าวต้อนรับ และแนะนำบทบาทของตนเองในการเป็นผู้เอื้ออำนวยการแสดงและส่งเสริมการอภิปรายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้
2. อธิบายกติกาหรือข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับแก่ผู้ชม เช่น
 - ถ้าหากผู้ชมรู้สึกว่าคุณสามารถที่จะแสดงบทบาทแทนตัวละครบนเวทีให้ปรับมือหรือบอกให้ “หยุด” และการแสดงบนเวทีจะหยุดชั่วคราว
 - ผู้ชมที่ขึ้นมาแสดงบนเวทีให้แนะนำตัวเอง
 - ผู้ชมที่ขึ้นมาบนเวทีจะสามารถแสดงแทนตัวละครหรือผู้แสดงได้เพียงตัวละครเดียว
 - บทบาทที่แสดงต้องอยู่ในความเป็นจริง (Realistic) และภายในเวลาที่เหมาะสม
3. รับฟังสมาชิกทุกคน และคอยเอื้ออำนวยระหว่างผู้แสดงและผู้ชม รวมทั้งเชิญผู้ชมมาแสดงบนเวที
4. กระตุ้น ส่งเสริม กำกับการอภิปราย การมีส่วนร่วมระหว่างผู้แสดงและผู้ชมให้อยู่ในเชิงสร้างสรรค์และภายในเวลา
5. ถามคำถามกับผู้ชม แต่ไม่หาคำตอบ ตัวอย่างคำถาม ได้แก่
 - คุณสังเกตเห็นอะไรในการแสดง ?
 - การแสดงเกี่ยวกับอะไร ?
 - ปัญหาที่เป็นจุดเน้นในการแสดงคืออะไร ?
 - สาเหตุของปัญหาคืออะไร ?
 - ใครถูกทำร้ายมากที่สุด ?
 - ปัญหานี้ต้องจบแบบนี้ใช่หรือไม่ ?
 - คุณสามารถทำอะไรได้อีกบ้าง หรือมีวิธีแก้ปัญหานั้นหรือไม่ อย่างไร ?
 - คุณคิดว่ากลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการแก้ปัญหานี้คืออะไร ?
 - สิ่งนี้สามารถเกิดขึ้นในชีวิตจริงได้หรือไม่ ? คุณคิดว่าเป็นไปได้หรือไม่ ?
 - คุณคิดว่ามีตัวละครไหนที่คล้ายกับในชีวิตจริงของตัวเอง?
 - คุณเห็นว่ามีบุคคล เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือใครก็ได้ที่คล้ายกันกับตัวละครนี้ไหม ?
 - คำแนะนำที่คุณจะให้แก่ญาติหรือเพื่อนที่จะอยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายกันคืออะไร ?
6. ใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับฟอรัมเธียเตอร์ เพื่อให้ผู้ชมเข้ามามีส่วนร่วม มีการกระตุ้นการมีส่วนร่วมโดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น เกม การออกกำลังกาย ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย
7. ช่วยเหลือและให้คำแนะนำเสมือนเป็นผู้กำกับ คอยเชื่อมโยง สนับสนุนทีม
8. มีความกระตือรือร้นและเป็นกลาง ไม่แสดงความคิดเห็นของตนเอง ไม่เจ้ากี้เจ้าการหรือกดดัน
9. รับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในการอภิปรายโดยพยายามส่งเสริมให้เกิดการอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์มากกว่ามองหาวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

10. สร้างบรรยากาศการเรียนรู้และไม่ให้ผู้แสดงหรือผู้ชมที่สวมบทบาทเป็นผู้แสดง (Spect - actor) ถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์

ตัวอย่างประเด็นสถานการณ์จำลองในการพยาบาลเฉพาะสาขา

โดยทั่วไปเทคนิคฟอรัมเธียเตอร์สามารถนำไปใช้ทางการศึกษาในบริบทที่หลากหลาย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ชมได้เรียนรู้จากประสบการณ์โดยตรง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกแยกออกจากสังคม เช่น สถานการณ์ที่มีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนบางประเภท หรือในบริบทที่มีการสนับสนุนเจตคติรังเกียจกลุ่ม (Prejudice) หรือความรู้สึกทางลบของบุคคลที่มีต่อผู้อื่นหรือกลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ยังสามารถใช้ในกรณีที่พบว่ามี ความไม่ใส่ใจ การขาดการมีส่วนร่วม ความเฉยเมย ความก้าวร้าว หรือความไม่อดทน¹⁵

สำหรับการศึกษาทางการพยาบาลในแต่ละสาขามีการนำฟอรัมเธียเตอร์มาใช้ในการจัดการเรียนรู้ให้นักศึกษาพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งผู้สอนสามารถกำหนดสถานการณ์จำลองทางคลินิกที่ท้าทาย และมีกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของแต่ละสาขา เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์ที่เหมาะสม ตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิกที่พบในศาสตร์การพยาบาล และความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย ดังตัวอย่างการนำฟอรัมเธียเตอร์ไปใช้ในการศึกษาพยาบาลในบางสาขา ได้แก่

การพยาบาลสุขภาพจิต

- การมุ่งเน้นทักษะการสื่อสาร: ฟอรัมเธียเตอร์สามารถใช้เพื่อเพิ่มทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัด เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การเอาใจใส่ และการสื่อสารแบบอวัจนภาษา
- การจัดการกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ: สร้างสถานการณ์ที่แสดงถึงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่มีอาการป่วยทางจิต
- การจัดการสถานการณ์วิกฤต: โดยการจำลองสถานการณ์วิกฤตที่มักพบในสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพจิต เช่น การลดความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ไม่นิ่ง หรือการตอบสนองต่อเหตุการณ์การทำร้ายตัวเอง

การพยาบาลเด็ก

- สถานการณ์ที่เหมาะสมกับเด็ก: พัฒนาสถานการณ์ให้สอดคล้องกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว โดยจัดการกับความวิตกกังวลทั่วไป เช่น ความกลัวเข็ม ความวิตกกังวลในการแยกจากกัน หรือการรับมือกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ผสมผสานเทคนิคการเล่นบำบัด: การผสมผสานเทคนิคการเล่นบำบัดเข้ากับกิจกรรมฟอรัมเธียเตอร์ เพื่อดึงดูดผู้ป่วยเด็กในลักษณะที่ไม่คุกคามเด็กและสนุกสนาน
- การดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: โดยให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการวางแผนการดูแล

การพยาบาลผู้สูงอายุ

- การจัดการความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับอายุ: สถานการณ์ที่เน้นความท้าทายเฉพาะที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ เช่น การจัดการกับอาการเรื้อรัง การรับมือกับความสูญเสียและความเศร้าโศก หรือการนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านไปยังสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
- การส่งเสริมความเป็นอิสระและศักดิ์ศรี: มุ่งเน้นสถานการณ์ที่ส่งเสริมกลยุทธ์ในการรักษาความเป็นอิสระ การรักษาศักดิ์ศรี และการยกระดับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

- การจัดการกับความบกพร่องทางสติปัญญา: สถานการณ์เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมหรือโรคอัลไซเมอร์ และสำรวจเทคนิคการสื่อสารและแนวทางการดูแลที่ยืดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบสำหรับการเรียนรู้ทางไกล

นอกจากการเรียนรู้ฟอรัมเชิงโต้ตอบในห้องเรียนแล้ว การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบสามารถทำได้ในการเรียนรู้ทางไกลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงการฝึกฝนและการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ซึ่งเพิ่มความระมัดระวังในการเรียนรู้ ตัวอย่างของการใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบในการเรียนรู้ทางไกลมีดังนี้

1. แพลตฟอร์มออนไลน์แบบโต้ตอบ: ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์แบบโต้ตอบหรือสภาพแวดล้อมเสมือนที่ช่วยให้ผู้เรียนหรือผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในกิจกรรมฟอรัมเชิงโต้ตอบจากทางไกล
 2. สถานการณ์ตามวิดีโอ: สร้างสถานการณ์ผ่านวิดีโอที่ผู้เรียนสามารถรับชมและโต้ตอบได้ โดยการหยุดวิดีโอเพื่อหารือและสำรวจแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
 3. การสัมมนาผ่านเว็บไซต์และฝึกปฏิบัติการเสมือนจริง: ดำเนินการโดยที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในแบบฝึกหัดของฟอรัมเชิงโต้ตอบผ่านอุปกรณ์การประชุมทางวิดีโอ ซึ่งอำนวยความสะดวกโดยอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์
 4. เครื่องมือที่ใช้แสดงบทบาทสมมติออนไลน์: ใช้เครื่องมือเล่นตามบทบาททางออนไลน์หรือสถานการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนฝึกพร้อมรับแสดงในบทบาทที่แตกต่างกันและมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์เสมือนจริง
- การใช้ตัวเลือกที่เป็นแบบเสมือนจริงและออนไลน์เหล่านี้ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นในการจัดประสบการณ์ที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้เพื่อวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ทางไกลและการศึกษาต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวอย่างการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบ

ผู้เขียนได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเชิงโต้ตอบสำหรับการเรียนรู้ทางไกลเพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ในช่วงการระบาดโควิด-19 ซึ่งไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนได้ นักศึกษาต้องเรียนออนไลน์ และสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร จึงใช้เทคนิคฟอรัมเชิงโต้ตอบโดยนำเสนอสถานการณ์จำลองผ่านคลิปลิงก์ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้สอนจัดเตรียมสถานการณ์จำลองและเขียนบทพูด (Scripts) สำหรับตัวละคร ในสถานการณ์จำลองนี้เป็นการสนทนาในขณะที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชกลับบ้าน ซึ่งในสถานการณ์จำลองเป็นการสนทนา ระหว่างสามีผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช แพทย์ และพยาบาล โดยสถานการณ์จำลองเน้นการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ สามีผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน และขอฝากให้ทางโรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยต่ออีก 3 วัน แพทย์ให้ข้อมูลสั้น ๆ แก่สามีผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยทุเลา และสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ ในขณะที่ให้ข้อมูลก็ก้มดูหน้าจอบริษัทคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา พยาบาลพูดสนับสนุนคำพูดของแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยต้องการกลับบ้านมากและพูดแทรกการสนทนา แพทย์ พยาบาลไม่ได้ใส่ใจกับความกังวลใจ และความไม่พร้อมของสามีผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน สามีของผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผู้ป่วยกลับบ้านด้วยความรู้สึกคับข้องใจ และไม่พึงพอใจ
2. ผู้สอนแสดงบทบาทสมมติตามตัวละครที่กำหนด และจัดทำคลิปลิงก์
3. ผู้สอนเปิดคลิปลิงก์ให้นักศึกษาดู
4. ภายหลังจากนักศึกษาดูคลิปลิงก์แบ่งนักศึกษาเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 7 - 8 คน ในแต่ละกลุ่มมีอาจารย์

ประจำกลุ่มทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยการเรียนรู้ (Facilitator) และมีผู้สอน 1 คนทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการ (Moderator) โดยดำเนินการ ดังนี้

- 4.1 ให้นักศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมและความต้องการของตัวละครที่สวมบทบาทผู้ป่วย บทบาทญาติ บทบาทแพทย์ และบทบาทพยาบาลเป็นอย่างไร
- 4.2 ให้นักศึกษาอภิปรายเกี่ยวกับบทบาทของตัวละครใดที่นักศึกษาอยากจะเปลี่ยนแปลงเพราะอะไร
- 4.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในข้อดังกล่าวข้างต้นนั้น นักศึกษาอยากจะแสดงออกหรือสื่อสารอย่างไร ที่คิดว่าเหมาะสมและทำให้สถานการณ์ดีขึ้น โดยให้เขียนบทพูด (Scripts)
- 4.4 ให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมติตามที่ได้อภิปรายกันและจัดทำคลิปวิดีโอ
5. ให้นักศึกษาในแต่ละกลุ่มได้นำเสนอคลิปวิดีโอ
6. ผู้สอนสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) โดยการอภิปรายร่วมกับนักศึกษาและการให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งการนำหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ต่อ ๆ ไป
7. ให้นักศึกษาทุกคนเขียนบันทึกการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้

บทสรุป

ฟอรัมเธียเตอร์เป็นหนึ่งในกลยุทธ์การเรียนการสอนที่ทรงพลังสำหรับการจัดการศึกษาทางการพยาบาล เนื่องจากเป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วม และเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง เสมือนจริง ที่ไม่เกิดความเสียหายต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการในคลินิก เป็นการฝึกให้ผู้เรียนได้เกิดการคิดวิเคราะห์หาทางเลือก สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหาที่น่าจะเป็นไปได้ โดยอาศัยความรู้และข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้รับบริการภายใต้สถานการณ์จำลองนั้น มีการลงมือปฏิบัติจริงโดยเปลี่ยนจากการเป็นผู้ชมสู่การเป็นผู้แสดงบนเวทีโดยการตัดสินใจ ไม่มีการซักซ้อมมาก่อน ทำให้ผู้เรียนได้เกิดมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งการเรียนรู้นี้ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทุกด้าน ได้แก่ ด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม ภายใต้บรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัยจากการถูกวิพากษ์วิจารณ์และมีความเป็นมิตร

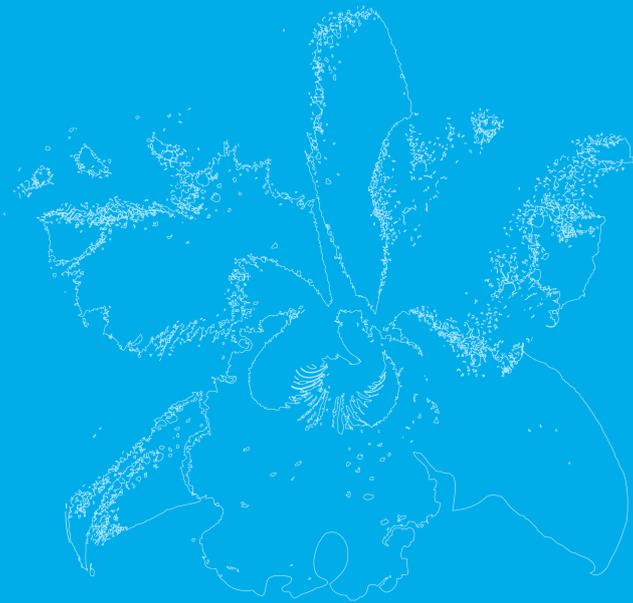
ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ฟอรัมเธียเตอร์สามารถทำได้ทั้งในห้องเรียน และการเรียนการสอนทางไกลโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา
2. การจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีนี้สามารถนำไปปรับใช้กับการพยาบาลในทุกสาขาในหลากหลายประเด็น เช่น ประเด็นที่มีความขัดแย้ง มีภาวะวิกฤติที่ต้องมีการตัดสินใจ สถานการณ์ที่พบได้น้อยบนคลินิก หรือความขัดแย้งทางจริยธรรม เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริงในการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล

References

1. Office of the Education Council, Thailand. The national scheme of education 2017- 2036. Bangkok: Prigwan Graphic. 2017. (in Thai)
2. Jennings S (ed). *Dramatherapy*. London: Routledge; 1987.
3. Intoo - Marn P. State of knowledge in modern theatre in Thailand: Knowledge synthesis from related research. *Thammasat Journal* 2022;41(2):1-26. (in Thai)
4. Chuengwiwatthanaporn P. Research report on the Use of creative drama in the development of learners. Bangkok: Office of the Secretariat of the Education Council; 2003. (in Thai)
5. Jaidee L, Teparak K. Creative drama: a new learning process to accord with national education direction. Faculty of Humanities and Applied Arts University of the Thai Chamber of Commerce. p. 1-15. 2021. Available from: https://utcc2.utcc.ac.th/humanities_conf/journal_file/0018/Creative%20Drama%20a%20new%20learning%20process%20to%20accord%20Edit%2030-3-2562.pdf (in Thai)
6. Boal A. *Theatre of the oppressed*. London: Pluto Press. 1979.
7. Intoo-Marn P. Ethnotheatre and its contributions to social sciences. *Journal of Sociology and Anthropology* 2015;34(2):123-44. (in Thai)
8. Nordström A, Fjellman-Wiklund A, Grysell T. Drama as a pedagogical tool for practicing death notification-experiences from Swedish medical students. *BMC Medical Education*. 2011;11-74.
9. Jacob SA, Larter J, Blair A, Boyter AC. Using forum theatre to teach communication skills within an undergraduate pharmacy curriculum: A qualitative evaluation of students' feedback. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 2019;11(4):373-81.
10. Pearce R. Exploring the experience and impact of forum theatre techniques for developing mental health nursing skills: A mixed methods research project. Dissertation of doctor of nursing. University of West London; 2022.
11. Neilson S, Reeves A. 'Don't talk like that: It's not just what you say but how you say it': The process of developing an applied theatre performance to teach undergraduate nursing students communication skills around pediatric end-of-life care. *Journal of Applied Arts & Health* 2018;9(1):99-111.
12. O'Flynn-Magee K, Rodney P, Maitland S, Proznick K, Turner H, Esson L, et al. The CRAB workshop: Using forum theatre and cognitive rehearsal to address bullying in nursing education. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées En Formation Infirmière*. 2021;7(2):2.
13. ThaiHealth. "Marondu" drama for the voiceless: It reflects the meaning of the oppressed. 2019. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/มาร้องดู-ละคร ของผู้ไร้/>. (in Thai)
14. Tantermkieat T. Creation of Forum Theater to enhance nursing ethics [master thesis on the Internet]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2016. [cited Nov 8] Available from: <http://doi.org/10.58837/CHULA.THE.2016.402> (in Thai)
15. Bewer VV, Woodgate RL, Martin D, Deer F. Exploring theatre of the oppressed and forum theatre as pedagogies in nursing education. *Nurse Education Today* 2021;103:104940.
16. Arveklev SH, Wigert H, Berg L, Burton B, Lepp M. The use and application of drama in nursing education: An integrative review of the literature. *Nurse Education Today* 2015;35(7):e12-7.

17. Middlewick Y, Kettle TJ, Wilson JJ. Curtains up! Using forum theatre to rehearse the art of communication in healthcare education. *Nurse Education in Practice* 2012;12(3):139-42.
18. Wilson J, Walker S. Turning a crisis into an interactive drama: An introductory paper of a 'clickers theatre' in nurse education. *Nurse education today*. 2017;51:109-11.
19. Vulpe OG. & Tabără A. Forum theatre: A non-formal teaching method in European context: Methodological guide. [Internet]. 2016 [cited 2024 March 13]. Available from: https://cngi.ro/docs/concursuri%20si%20proiecte/proiecte%20europene/erasmus/ForumTheatre/Second_intellectual_output_O2.pdf



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2/1 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทร. 0 2354 2320 ต่อ 411

email: journalbcn@bcn.ac.th
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok>