



วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 ISSN 2651-1312 (Print) ISSN 2822-034X (Online)

- o การออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- o การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
- o โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม
- o การจัดการทางกายภาพเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิภายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกที่ร่างกายโรงพยาบาลสุรินทร์
- o ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- o ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น
- o การยกระดับมาตรฐานการผลิตนมจืดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- o ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดฉะเชิงเทรา
- o ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากคอของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี
- o ผลการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการให้กายภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
- o การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม
- o ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพทพ จังหวัดชัยนาท
- o ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- o ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อความรู้ เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม วิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล
- o การศึกษางานวิจัยเพื่อกำหนดคีย์คำสำคัญบุคลากรทางพยาบาลของกรมการพยาบาลโรงพยาบาลกระบี่
- o ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 2 ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย



ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ที่อยู่

ด้านวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทร. 0-7728-7816 ต่อ 218,219
โทรสาร 0-7727-2571
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> e-mail: Journal@bcnsurat.ac.th

พิมพ์ที่

โรงพิมพ์เลิศไชย
16/4-6 ถนนไทรอนุสนธิ์ ตำบลตลาด อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ 0-7727-3973
โทรสาร 0-7729-9521

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มีใช้ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565

ที่ปรึกษา

ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ศ.พญ.ร.อ.หญิง วณิษา ชื่นกองแก้ว
ดร.เบญจพร รัชตารมย์
รศ.ดร.รัชนี สรรเสริญ

บรรณาธิการ

ดร.รุ่งนภา จันทรา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.รวีวรรณ คำเงิน
ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

กองจัดการ

ปิยรัตน์ ชูมี
ฉันทนา นาคฉัตรีย์
รจนา สุริย์เตอร์
วรรณี นาคชู
เสาวภา แพแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รศ.ดร.ทยาตา รัตนภิณโณวานิช	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมัลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ	ข้าราชการบำนาญ
ดร.อัจฉรา จันทเพ็ชร	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยง	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
ดร.อจรียา วัชรวิวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.มัญจวรรณ ถียุทธานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.วิริยา โพธิ์ขวาง-ยุสท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์สมควร จุลอักษร	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

กำหนดออก

ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ราคาจำหน่ายเล่มละ 90 บาท

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2565 ก้าวสู่ปี 5 จัดทำขึ้นโดยมุ่งมั่นทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดผลงานวิชาการสำหรับพยาบาล อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานที่สร้างสรรค์ด้วยการนำองค์ความรู้จากผลงานวิชาการเหล่านี้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัว และประเทศต่อไป ฉบับนี้ได้นำเสนอผลงานที่น่าสนใจทั้งทางด้านการพยาบาล ด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยี รวมทั้งสิ้น 16 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิจัยจำนวน 13 เรื่อง และบทความวิชาการจำนวน 3 เรื่อง บทความเหล่านี้ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต้องผ่านการตรวจสอบ การประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเฉพาะศาสตร์สาขาจำนวน 3 ท่าน ซึ่งถือเป็นมาตรฐานทางวิชาการที่ทางวารสารให้ความสำคัญอย่างยิ่ง โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ยังคงยึดมั่นและมีวิสัยทัศน์ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพโดยให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถใช้ประโยชน์ได้จริง และปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามแม้วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จะได้รับการยอมรับโดยมีนักวิจัยและนักวิชาการส่งผลงานเพื่อขอรับการเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง แต่กองบรรณาธิการ ยังคงมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ให้อยู่ในระดับที่ดียิ่งขึ้นไปอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเผยแพร่ผลงานวิชาการ กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านร่วมพิจารณาผลงานทางวิชาการ ซึ่งหากนักวิจัยและนักวิชาการท่านใดที่มีความประสงค์ที่จะเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้าของตนเองสู่วงวิชาการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ก็มีความพร้อมและยินดีเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งทางกองบรรณาธิการขอให้ความเชื่อมั่นว่าจะดำเนินการพัฒนามาตรฐานของวารสารให้มีคุณภาพ เพื่อพร้อมร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติต่อไป

ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- การออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Exercise for Balance in the Elderly : A Systematic Review	1 - 13
- การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง Self-management of Older Persons with Hypertension	14 - 27
- โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน: การทบทวนวรรณกรรม Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Factors Related to Behavioral Problems in School-Aged Children: A Literature Review	28 - 41
- การจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุรินทร์ Nursing Management to Prevent Hypothermia in Patients Undergoing Major Surgery with General Anesthesia, Surin Hospital	42 - 51
- ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับ นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี The Effectiveness of Caloric Application on Food Consumption Behavior, and Body Weight for Overweight Nursing Students of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province	52 - 62
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่น ตอนต้น Research Title: Effects of Health Promotion Program on Knowledge, Behaviors, and Body Weight among Early Adolescents	63 - 75
- การยกระดับมาตรฐานการผลิตขนมจีนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี Raising Production Standards of Rice Noodles in Suratthani Province	76 - 89
- ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามงาม จังหวัดพิจิตร Factors of success in managing diabetes care services Health Network, Sam Ngam District, Phichit Province	90 - 100

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี Effectiveness of the promoting reception of cervical cancer screening service program among 30 to 60 year old women in Vibhavadi Hospital area	101 - 114
- ผลการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ Effects of Using Reflective Thinking Skills on Nursing Behavior for Humanized Care among Nursing Students	115 - 123
- การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม A Developmental Model of Participatory Monitoring and Evaluation of Policy-based Implementation of Public Health Office, Narathiwat Province.	124 -138
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท Factors Related to the Health Literacy of the Pre-aging Population in Sapphaya District, Chainat Province	139 - 152
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี Relationship Between Health Literacy and Health Behavior Among Risk Group with Hypertension in Koh-Samui, Surat Thani Province	153 -166
- ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อความรู้เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล The effect of an integrated teaching and learning management program on the knowledge of Health Assessment and Holistic Basic Nursing Practice Techniques: Nursing Principles and Techniques	167 - 178

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
- การศึกษาภาระงานเพื่อกำหนดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกระบือ A Study of the Workload for Nursing Personnel in the Nursing Department, Kra Buri Hospital	179 - 188
- ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย The Effect of the Self-efficacy and 2M2V Program on Knowledge and Self-efficacy in Prevention of COVID-19 among Upper Primary School Students	189 - 201

การออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วัลลภา ดิษสระ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก,

e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th

พรรณี บัญชรหัตถกิจ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์,

e-mail; pannee.ban@vru.ac.th

จิราพร ทองดี, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมชนก,

e-mail; jena_192@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความสำคัญของปัญหา : สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงและมวลของกล้ามเนื้อลดลง การออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถเพิ่มความยืดหยุ่น การทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันการหกล้มและอุบัติเหตุได้
วัตถุประสงค์ : เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ ระเบียบวิธีการวิจัย : ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัย โดยทำการสืบค้นบทความจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Google Scholar, ThaiLIS และ PubMed ปี พ.ศ. 2560 – 2565 กำหนดคำสำคัญสำหรับการสืบค้นตามกรอบ PICO ดังนี้ การออกกำลังกาย, การทรงตัว, ผู้สูงอายุ, Exercise, Balance, Elderly และพิจารณาคุณภาพงานวิจัยเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของ งานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์ ผลการวิจัย : บทความวิจัยได้ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย คงเหลืองานวิจัยที่ใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 15 เรื่อง งานวิจัยทั้งหมดใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่ม ชนิดวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ การออกกำลังกายมีหลายประเภท ได้แก่ ไม่ยืดหยุ่น ออกกำลังกายประกอบดนตรี และกิจกรรมการออกกำลังกายฝึกความแข็งแรงและการทรงตัวประเภทต่าง ๆ โดยใช้ประเมินความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ประเมินการทรงตัว ประเมินสมรรถภาพของกล้ามเนื้อประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ สรุป : การออกกำลังกาย ผลลัพธ์ คือเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะมีการเคลื่อนไหว และขณะอยู่นิ่ง ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายแต่ละประเภทให้ประสิทธิภาพการทรงตัวที่แตกต่างกันผู้สูงอายุควรเลือกประเภทของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง และเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยป้องกันการหกล้มได้ โดยเลือกการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การประสานงานของร่างกาย การเคลื่อนไหว และความยืดหยุ่น

คำสำคัญ : การออกกำลังกาย, การทรงตัว, ผู้สูงอายุ

Exercise for Balance in the Elderly : A Systematic Review

Wanlapa Dissara, Boromrajonnani College of Nursing Nakhon Si Thammarat Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th
Pannee Banchonhattakit, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the
Royal Patronage, e-mail; pannee.ban@vru.ac.th
Jeeraporn Thongdee, Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; jena_192@hotmail.com

Abstract

Background : Thai society has stepped into an aging society. Most of the health problems in the elderly are caused by deterioration of the body. Decreased strength and muscle mass proper exercise can increase flexibility balance and muscle strength Prevent falls and accidents. Objectives : The aim of this systematic review of exercise for balance in the elderly. Research Methodology : This systematic review of research by searching for articles from electronic in Google scholar, ThaiLIS and PubMed databases from limited to original research articles that were published between 2018 and 2022 using keywords for the PICO framework keywords indexes: Exercise, balance, elderly. And the research quality was considered to assess the credibility of the research using the Heller Research Quality Assessment Scale. Results: The Research articles were appraised the quality by using inclusion criteria of all remaining 15 articles. All of the research design was quasi-experimental, comparison between 2 groups of elderly patients, before and after measurement. There are many types of exercises, including flexibility sticks, exercises with music. and various types of strength and balance exercises. By assessing the strength and endurance of the muscles, assess muscle performance, assess flexibility of muscles and joints. Conclusions : Exercise results in an increase in the ability to balance while moving. and while still This will be a factor that reduces the risk of falling for the elderly. Each type of exercise provides a stable performance that Different, the elderly should choose the type of exercise that is suitable for themselves. And it is an exercise that can help prevent falls. By choosing exercises that help improve balance. Muscular strength, coordination of the body movement, and flexibility.

Keywords : Exercise, Balance, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ประชากรของโลก จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ คาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในอีก 20 ปีต่อจากนี้ไปคือใน พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมี ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security , 2019) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมถอยของร่างกาย ประสิทธิภาพการทำงานอวัยวะต่าง ๆ นำไปสู่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุมักมีความผิดปกติด้านการมองเห็น ด้านการรับรู้ความรู้สึก กระดูกจะเปราะและหักง่ายเนื่องจากการมีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก กระดูกสันหลังสั้นลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้ผู้สูงอายุหลังค่อม ความสูงลดลง กระดูกอ่อน บริเวณข้อต่าง ๆ บางและเสื่อมลง น้ำไขข้อกระดูกลดลงทำให้บางครั้งได้ยินเสียงแกรบแกรบขณะเคลื่อนไหว มีปัญหาการเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง ปวดตามข้อ ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย จำนวนมวลและเส้นใยกล้ามเนื้อลดลงระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ละครั้งจะนาน ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการทรงตัวไม่มีความสมดุล กล้ามเนื้อไม่มีแรง และมีข้อจำกัดในการการเคลื่อนไหวร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดการบาดเจ็บ ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพิง และเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

การทรงตัว หรือภาวะสมดุลของการทรงตัว ซึ่งทำให้คนเราสามารถนั่ง นอน ยืน เดิน วิ่ง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติกิจกรรมนอกเหนือจากกิจวัตรประจำวัน เช่น การเล่นกีฬา วาดรูป ขั้บรถและ กิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นเรื่องเฉพาะตัวได้อย่างปกติ นั้น แต่ต้องอาศัยกลไกของการทรงตัวหลายอย่างทำงานประสานกันอย่างสมดุล ได้แก่ การรับรู้สภาวะแวดล้อมจากสายตา (Vision) การรับรู้แรงถ่วงของร่างกายผ่านกล้ามเนื้อข้อต่อของร่างกาย แขน ขา และกระดูกสันหลัง (Kinesthetic) และโดยเฉพาะการรับรู้การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะผ่านทางประสาททรงตัวในหูชั้นในทั้ง 2 ข้าง (Vestibular end-organ) โดยการทำงานของระบบรับรู้ทั้งสามนี้ จะต้องประสานกันอย่างสมดุล และส่งสัญญาณไปสู่ศูนย์รับและประมวลผลข้อมูลในสมองส่วนกลาง (Thipsang.S,2020)

การออกกำลังกายเป็นประจำส่งผลให้มวลกระดูกเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรง การทำงาน ของระบบประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ มีประสิทธิภาพดีขึ้น อีกทั้งระบบประสาทในการรับรู้เกี่ยวกับการทรงตัวบริเวณข้อต่อดีขึ้น ข้อต่อต่าง ๆ มีความยืดหยุ่นและเพิ่มการมองเห็น ส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น ป้องกันภาวะหกล้ม (Vejaesya, 1997)

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบในการนำตัดสินใจใช้การออกกำลังกายเพื่อการทรงตัวในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) เพื่อสรุปองค์ความรู้จากการวิจัยเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่รายงานไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2017–2022) ผู้ศึกษาสืบค้นบทความ งานวิจัย จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Google Scholar, ThaiLIS และ PubMed โดยใช้คำสำคัญ คือ การออกกำลังกาย การทรงตัว ผู้สูงอายุ, Exercise, Balance, Elderly

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน โดยกำหนดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลของการออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ
2. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion criteria) PICO โดยมีรายละเอียด
 - 2.1 ประชากร (P: population) ผู้สูงอายุ
 - 2.2 สิ่งแทรกแซง (I : intervention) การออกกำลังกาย
 - 2.3 กลุ่มเปรียบเทียบ (C: comparisons) เปรียบเทียบการไม่ออกกำลังกาย
 - 2.4 ผลลัพธ์ (O: outcome) การทรงตัวดีขึ้น
3. การคัดเลือกบทความวิจัย (Selection Criteria) โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก
4. การสกัดข้อมูล (Data Extraction) การพิจารณาข้อมูลของบทความวิจัยเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ที่ประกอบด้วยเนื้อหาของบทความวิจัยสมบูรณ์ครบถ้วนเพื่อใช้ในการบอกถึงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง รูปแบบวิจัย สถิติที่ใช้ แนวคิดทฤษฎี เครื่องมือวิจัย และสรุปผล อย่างชัดเจน
5. การประเมินคุณภาพบทความวิจัย (Quality Assessment) โดยใช้แบบ ประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์ Heller RF, et al.(2008) และแบ่งระดับของข้อมูลเชิงประจักษ์ 7 ระดับ บันทึกลงในแบบประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยเกณฑ์การคัดเลือกบทความวิจัย (Selection Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
2. งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)
3. งานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – 2565
4. การนำเสนองานวิจัยที่ชัดเจน เช่นวิธีการเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย

วิธีดำเนินการ ผลลัพธ์ การสรุปและอภิปรายผล

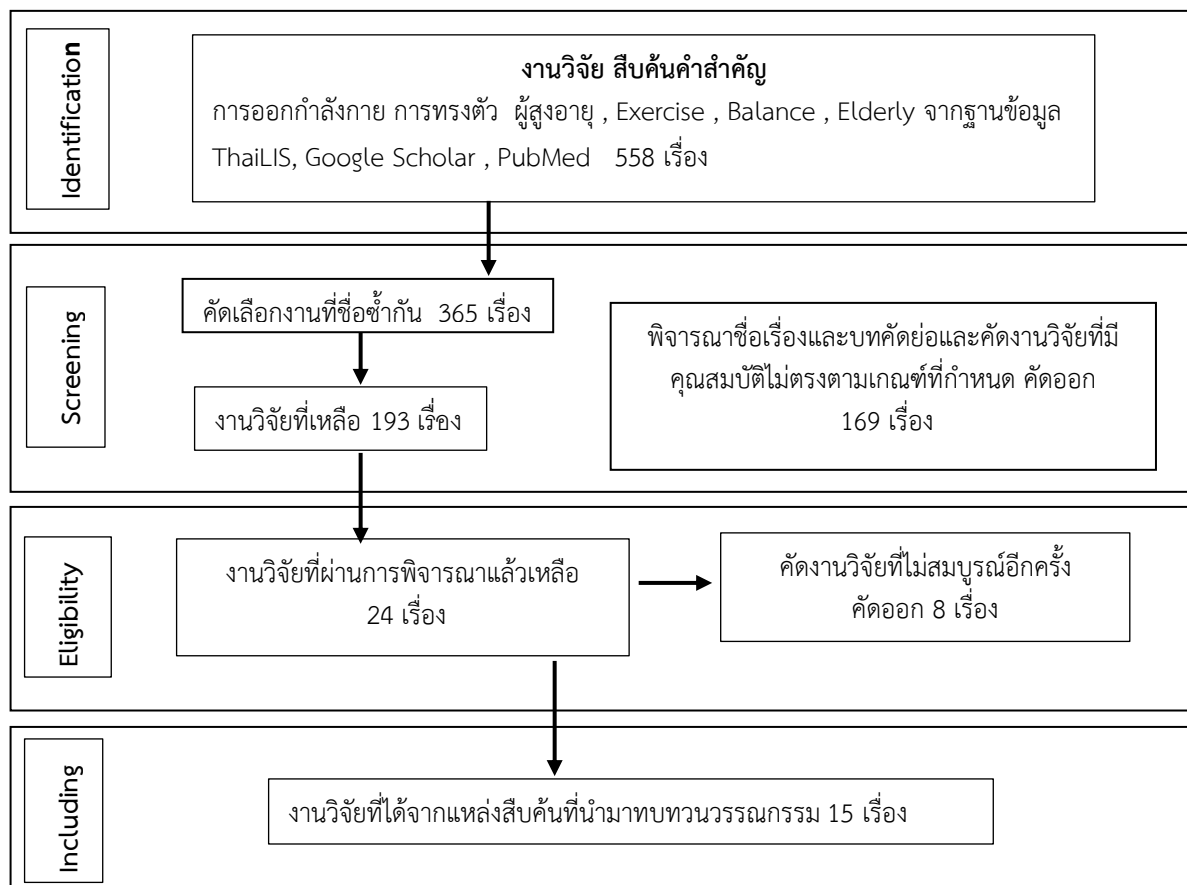
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. งานวิจัยที่ตัวแปรตามไม่ใช่การทรงตัว
2. งานวิจัยที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ วิจัยไม่ถูกต้องสมบูรณ์
3. งานวิจัยประเภททบทวนวรรณกรรม (Systematic Review) หรือบทความวิชาการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัย 2) แบบบันทึกการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย และ 3) แบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล (ภาพที่ 1) ดังนี้ โดยขั้นตอนแรกสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จำนวน 558 เรื่อง คัดงานวิจัยที่ซ้ำออกจำนวน 365 เรื่อง คัดเลือกงานวิจัยที่มีการศึกษาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุออก เช่น การออกแบบวิจัยที่ไม่ใช่เชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง จำนวน 169 เรื่อง จากนั้นงานวิจัยที่เหลือจำนวน 24 เรื่อง มาประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยใช้แบบประเมินคุณภาพ งานวิจัยของเฮลเลอร์ คัดเลือกงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือก จำนวน 15 เรื่อง

ผลการวิเคราะห์



ภาพ ขั้นตอนการคัดเลือกรงานวิจัย

เลือกรงานวิจัยโดยพิจารณาคุณภาพงานวิจัยเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ เฮลเลอร์ (Heller et al., 2008) ประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคำถาม การวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกระบวนการวิจัย มีข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการแปลผล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการนำไปใช้ประโยชน์ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะ

ประเมิน “มีและเหมาะสม” (3 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (2คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย” (1 คะแนน) งานวิจัยที่มีคุณภาพจะต้องมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ส่วนงานวิจัยที่มี คะแนนไม่ถึงเกณฑ์ให้ทำการคัดงานวิจัยฉบับนั้นออก

ตารางที่ 1 แบบประเมินผลคุณภาพบทความ

ข้อ	รายการตรวจสอบ	การประเมิน		
		มีและเหมาะสม	มีแต่ไม่เหมาะสม	ไม่พบในงานวิจัย
Ask :				
1	Research Question : มีการระบุประเภทการศึกษาเหมาะสมกับคำถามวิจัยหรือไม่			
Collect :				
2	Sampling : มีวิธีการสุ่มตัวอย่างเหมาะสม และเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนหรือไม่			
3	Exposures : มีการวัดตัวแปรปัจจัยที่สัมผัสหรือ ตัวแปรต้น เหมาะสมหรือไม่			
4	Outcomes : มีการวัดตัวแปรผลลัพธ์หรือ ตัวแปรตาม เหมาะสมหรือไม่			
5	Outcome Measures : มีการประมาณค่าผลที่เหมาะสมหรือไม่			
6	Confounders : มีการจัดการกับตัวแปรกวน เพียงพอ และเหมาะสมหรือไม่			
7	Internal Validity : มีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม เกิดมาจากตัวแปรอิสระ หรือไม่			
Understand :				
8	Statistical Tests : มีการแปลผลลัพธ์ในการทดสอบทางสถิติอย่างถูกต้องหรือไม่			
9	Public health Impact : มีการเสนอผลกระทบด้านสาธารณสุข หรือไม่			
Use :				
10	Impact on health Policy : การศึกษานี้มีประโยชน์เพียงพอที่จะส่งผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพหรือไม่			
11	Acceptable Results : มีการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในงานสาธารณสุขได้หรือไม่			

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ระยะเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะเพิ่มความสามารถในการทรงตัวขณะมีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุได้ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two Group Pre-Test and Post-Test Design) จำนวน 15 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ โดย 13 เรื่อง ประเมินความสามารถทรงตัวขณะเคลื่อนไหวตาม ใช้แบบทดสอบ Time Up and Go test (TUGT) มี 1 เรื่อง ประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่นิ่ง ใช้แบบทดสอบ Sharpened Romberg Test และอีก 1 เรื่อง ประเมินความสามารถทางกาย Short Physical Performance Battery test (SPPB) ประกอบด้วย ความแข็งแรง ความเร็ว และการทรงตัว และมีวัดผลลัพธ์คือความสามารถในทรงตัวเพิ่มขึ้น

พบว่าทุกบทความวิจัยกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองหลังจากการออกกำลังกาย จะมีความสามารถในการทรงตัวเพิ่มขึ้นทุกคน

ข้อมูลประชากร จำนวนผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมดที่รวบรวมมาคือ 821 คน โดยกลุ่มทดลอง 411 คน กลุ่มควบคุม 410 คน กลุ่มทดลองผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 63 - 82 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 84.69 กลุ่มควบคุมผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 62 - 84 ปี เป็นผู้หญิงร้อยละ 83.37 มีสตรีเข้าร่วมในกิจกรรมมากกว่าผู้ชาย

การควบคุมร่างกายมีความสมดุล หรือการทรงตัวของร่างกายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการอยู่กับที่หรือเคลื่อนที่ก็ตาม ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างสมอง ระบบหูชั้นใน การมองเห็น และการรับรู้ของข้อต่อและกล้ามเนื้อ การฝึกฝนและทำเป็นประจำจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความยืดหยุ่นของร่างกาย ลดปัญหาและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ จากการทบทวนวรรณกรรมควรทำกิจกรรมอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ จะเห็นผลในการเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก เครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถการทรงตัว ทั้งหมดในกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายกัน โดย 1) แบบทดสอบ Time Up and Go test (TUGT) ประเมินความสามารถการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว เป็นการวัดการทรงตัวใช้การจับเวลาในการเดินและกลับตัว 2) แบบทดสอบ Sharpened Romberg Test ประเมินความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่นิ่ง โดยถอดรองเท้า ใช้ผ้าปิดตา ยืนเท้าต่อกันโดยใช้เท้าข้างที่ถนัดไว้ ข้างหน้าเท้าข้างที่ไม่ถนัด และกอดอกด้วยมือทั้งสองข้างใช้เวลา 1 นาที และ 3) ประเมินความสามารถทางกาย Short Physical Performance Battery test (SPPB) การทดสอบการทรงตัว ได้แก่ การยืนเท้าชิด (Side-By-Side) การยืนต่อเท้าแบบเฉียง (Semi-Tandem) และการยืนต่อเท้า (Tandem Stance) สถานการณ์ละ 10 วินาที การทดสอบความเร็วในการเดิน 3 เมตร หรือ 4 เมตร และการทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง โดยแต่ละการทดสอบจะมีเกณฑ์การให้ คะแนนเป็นระดับคะแนน 0-4 คะแนน มีคะแนนรวม สูงสุด 12 คะแนนและคะแนนรวมต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนที่ได้จากการประเมิน SPPB สูง มีความสามารถในการใช้งานขา (Lower Extremity Function) ที่ดี (Guralnik JM, et al. 2018)

งานวิจัยต่างประเทศ 3 เรื่อง 1) โยคะชว่นาอาจเป็นวิธีที่มีแนวโน้มและเป็นไปได้ในการปรับปรุงความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุ การทรงตัวความแข็งแรง มีความสมดุล 2) ผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาการเคลื่อนไหว การฝึกโยคะ ช่วยเพิ่มการทรงตัวและลดความเสี่ยงหกล้ม 3) กิจกรรมประจำวันของการฝึกเฉื่อยสำหรับผู้สูงอายุ ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกแบบเฉื่อยสามารถลดความเสี่ยงของการหกล้ม และทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดี

โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ชนิดวัดก่อนและหลัง (Two Group Pre-Test and Post-Test Design) จำนวน 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยในประเทศ 12 เรื่อง และงานวิจัยต่างประเทศ 3 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่เลือกมาแต่ละเรื่องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสามารถเป็นตัวแทนการศึกษาได้

ตารางที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
ยรรยงค์ พานเพ็ง และ รวีภาส สุวรรณพัฒน์ (2564)	เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการออกกำลังกายโดยใช้ไม้ยึดหยุนที่มีผลต่อสุขสมรรถนะและความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายด้วยไม้ยึดหยุน 12 สัปดาห์ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์	ออกกำลังกายด้วยผ้า 12 สัปดาห์ 30 นาที 3 วัน/สัปดาห์	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Paired t-test และ Independent Sample t-test	ความสามารถด้านการเคลื่อนไหว กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของระยะเวลาในการทดสอบลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม
รัฐชนา ห่อคำ และ คณะ (2560)	เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 12 สป. 40 นาที 3 วัน/สป.	ไม่ได้ออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 12 สัปดาห์ 40 นาที 3 วัน/สัปดาห์	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test และ Wilcoxon Signed-Rank test	การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง ส่งผลให้การทรงตัวของกลุ่มทดลองดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม
ชมพูนุท ชีวะกุล (2564)	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้การออกกำลังกายแบบโอทาโก ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายแบบโอทาโก (Otago exercise) 4 สป. ครั้งละ 1 ชม. 4 สป. ติดตามเยี่ยมบ้าน	ดำรงชีวิตประจำวันตามปกติ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test	ความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้น สามารถทำได้ และได้ผลดี เสริมความแข็งแรงกล้ามเนื้อ เพิ่มความสามารถในการทรงตัวและการเดิน และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม
ญาภัทร นิยมสัต์ย์ (2565)	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยราวคองก้า และกลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติ	ออกกำลังกายโดยใช้ราวคองก้า 8 สป. 40 นาที 3 วัน/สป.	ออกกำลังกายตามปกติ 8 สป. 40 นาที 3 วัน/สป.	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test	การทรงตัวและความอดทนของหัวใจและระบบไหลเวียน ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
ชีระวุฒิ อัจฉริยชีวิน และชัยรัตน์ ชูสกุล (2564)	เพื่อเปรียบเทียบความสมดุลและความเครียดในผู้สูงอายุ หลังการทดลองทั้งสัปดาห์ ที่	ออกกำลังกายด้วยการเดินลีลาศ 8 สป. 60 นาที	ออกกำลังกายตามปกติ 8 สป. 60 นาที 3 วัน/สป.	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ One-Way	ค่าเฉลี่ยการทรงตัวขณะอยู่กับที่ ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และ 8 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และ

ตารางที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	4 และ 8 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	3 วัน/สพ.		Repeated Measures ANOVA และ Independent t-test	ดีกว่ากลุ่มควบคุม
ณัฐชัย พรหมโม้ และ อารณ โพธิ์ภา (2563)	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบาที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเพศหญิง	รับโปรแกรมการฝึกเดินลีลาด้วยหลักการฝึกหนักสลับเบา 8 สป. 45 นาที 3 วัน/สพ.	ออกกำลังกายตามปกติ 8 สป. 45 นาที 3 วัน/สพ.	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ t-test Dependent Samples และ Independent Samples	ความสามารถในการทรงตัว ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม
อุรุษยา แก้วมาลัยทิพย์ และคณะ (2563)	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมช่วยการสอนออกกำลังกายด้วยกล้องโคเนคนาน 8 สัปดาห์ เพื่อใช้ฝึกการทรงตัวและความแข็งแรงในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม	รับโปรแกรมช่วยการสอนออกกำลังกายด้วยกล้องโคเนค 8 สป. 60 นาที 3 วัน/สพ.	ออกกำลังกายตามปกติ 8 สป. 60 นาที 3 วัน/สพ.	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank และ Mann-Whitney U-test	ความสามารถในการทรงตัวขณะทำกิจกรรมกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม และเพิ่มการขณะโน้มตัวไปข้างหน้า การทรงตัวขณะเดิน และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา
จรรยาศักดิ์ พันธวิศิษฐ์ (2562)	เพื่อเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่ใช้โปรแกรมการเดินไลน์แดนซ์	ออกกำลังกายเดินบาสโลปและไลน์แดนซ์ที่พัฒนา 8 สป. 50 นาที 3 วัน/สพ.	ออกกำลังกายเดินบาสโลปและไลน์แดนซ์ 8 สป. 50 นาที 3 วัน/สพ.	Applied Research ใช้สถิติ TWO-WAY ANOVA Repeated	สมรรถภาพทางกายในช่วงสัปดาห์ที่ 4, 6 และ 8 กลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม แต่การทรงตัวไม่มีความแตกต่าง
ศศิธร สุขจิตต์ และคณะ (2564)	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินไลน์แดนซ์ต่อสมรรถภาพการทำหน้าที่ทางกายและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายด้วยไลน์แดนซ์ 8 สป. 60 นาที 3 วัน/สพ.	ดำรงชีวิตประจำวันและออกกำลังกายตามปกติ 8 สป.	Quasi-Experimental Research t-test และ Independent Sample t-test ใช้สถิติ Paired	ความสามารถในการทรงตัวขณะมีการเคลื่อนไหวและความคล่องแคล่วว่องไวของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
เกอร์ริน สุขมี และคณะ (2563)	เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยมวยไทยที่มีต่อความสามารถในการทรงตัวและความอ่อนตัวในผู้สูงอายุไทย	ได้รับการออกกำลังกายด้วยมวยไทย 8 สป. 40 นาที 3 วัน/สป.	ได้รับโปรแกรมให้ความรู้ในเรื่องของการพัฒนาการทรงตัว	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Paired t-test และ Independent Sample t-test	การออกกำลังกายด้วยมวยไทย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถพัฒนาการทรงตัว ความอ่อนตัวของผู้สูงอายุได้
เยาวดี มณีทรัพย์ และคณะ (2562)	ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยตาราง 9 ช่อง ในสูงอายุต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพื่อนำไปใช้เป็นรูปแบบการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ได้รับการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง 8 สป. 40 นาที 3 วัน/สป.	มีกิจวัตรประจำวันและออกกำลังกายตามปกติ 8 สป.	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Test, Mann-Whitney U-Test	การออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง เพิ่มความสามารถการทรงตัวและทำให้กล้ามเนื้อขาแข็งแรงขึ้นสามารถใช้เป็นรูปแบบในการป้องกันการหกล้ม
ณัฐวุฒิ สิทธิชัย และคณะ (2562)	เพื่อศึกษาผลของการเข้าร่วมการออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ควบคู่กับการใช้แรงต้านน้ำหนักฐานเก้าอี้ที่มีต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ควบคู่กับการใช้แรงต้านน้ำหนักฐานเก้าอี้ 12 สป. 3 วัน/สป.	ดำรงชีวิตประจำวันและออกกำลังกายตามปกติ	Quasi-Experimental Research ใช้สถิติ Paired t-test และ Independent Sample t-test	การออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ควบคู่กับการใช้แรงต้านน้ำหนักฐานเก้าอี้ สามารถช่วยพัฒนาระบบไหลเวียนโลหิตระบบหายใจ และการทรงตัวของผู้สูงอายุได้
Heidi Bucht and Lars Donath (2019)	การประเมินประสิทธิภาพและความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัวของผู้สูงอายุ	ออกกำลังกายโยคะในห้องซาวน่า 8 สป.	ออกกำลังกายตามปกติ	Quasi-Experimental Research	โยคะซาวน่าอาจเป็นวิธีที่มีแนวโน้มและเป็นไปได้ในการปรับปรุงความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุ การทรงตัว ความแข็งแรง มีความสมดุล
Erik J. Groessl et al., (2018)	ศึกษาความเป็นไปได้ของการทำโยคะกับรวมถึงการยอมรับและความปลอดภัยของการฝึกโยคะแบบกำหนดเป้าหมายและการแทรกแซงแบบเปรียบเทียบ	ได้รับเซสชันโยคะ 60 นาที 2 ครั้ง/สป และสุขศึกษา 90 นาที ทุกสป. เวลา 10 สป.	ได้รับสุขศึกษา 90 นาที ทุกสป. เวลา 10 สป.	RCT	ผู้สูงอายุซึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาการเคลื่อนไหว การฝึกโยคะ ช่วยเพิ่มการทรงตัวและลดความเสี่ยงหกล้ม
Mariusz Naczka (2020)	เพื่อประเมินผลกระทบของการฝึกแรงเฉื่อยต่อความแข็งแรงของแขน	ผู้สูงอายุรับการฝึกแรงเฉื่อย	ผู้สูงอายุดำรงชีวิตและออกกำลังกาย	RCT	กิจวัตรประจำวันของการฝึกเฉื่อยสำหรับผู้สูงอายุประโยชน์ที่

ตารางที่ 2 รูปแบบการออกกำลังกายต่อการทรงตัวผู้สูงอายุ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง		รูปแบบการศึกษา	สรุปผลการวิจัย
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		
	ท่อนบนและท่อนล่างในผู้สูงอายุ การศึกษายังได้ประเมินอิทธิพลของการฝึกแบบเฉื่อยต่อความเป็นอิสระ ความสมดุล ความเร็วและคุณภาพของการเดิน	สัปดาห์ละ 2 ครั้ง	แบบปกติ		ได้รับจากการฝึกแบบเฉื่อยสามารถลดความเสี่ยงของการหกล้มและทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดี

อภิปรายผล

จุดมุ่งหมายหลักของการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์คือการประเมินสมรรถภาพการทรงตัวในประชากรสูงอายุหลังการออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ การออกกำลังกายที่เพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว ช่วยป้องกันการหกล้มควรเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการทรงตัว ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ การประสานงานของร่างกาย การเคลื่อนไหว ความยืดหยุ่น และต้องมีการฝึกการทรงตัวขณะที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวในท่ายืนร่วมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัว และป้องกันการหกล้มได้

การประเมินประสิทธิภาพการทรงตัว จากบทความ 13 เรื่อง เปรียบเทียบเวลา TUGT กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความต่างของเวลาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเปลี่ยนแปลงลดลงจากก่อนการทดลองเช่นกันแต่น้อยมาก แสดงว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกตามโปรแกรม สามารถพัฒนาการทรงตัว ลูกยืน และเดินได้แตกต่างกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก

การศึกษาทั้งหมดจึงแตกต่างกันในแง่ของโปรแกรมการฝึกประยุกต์ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ต่างกันสำหรับคะแนนสมดุล นอกจากนี้ การศึกษายังมีความแตกต่างกันสูงในแง่ของปริมาณการฝึก เนื่องจากจำนวนสัปดาห์การฝึกที่ต่างกัน การฝึกต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายต่อครั้ง การทำซ้ำต่อชุด และชุดต่อการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลให้มีความสมดุลและ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายที่เพิ่มประสิทธิภาพการทรงตัวที่ดีขึ้น เนื่องจากมีความต่อเนื่องในการออกกำลังกายระยะเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ มีความถี่ในการฝึก 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 30 นาที ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และเพียงพอให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการออกกำลังกาย (Institute of Geriatric Medicine, Department of Medicine, 2015)

การป้องกันการหกล้ม ต้องพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะข้อเท้า สะโพก และกล้ามเนื้อขา การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมการทรงตัว ควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวด้วยการก้าวเดินช้า ๆ กันอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อขามีความแข็งแรง และมีการประสานงานระหว่างสมอง หู ตา และการรับรู้ของข้อต่อและกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อความมั่นคงในการทรงตัวทั้งขณะอยู่กับที่และมีการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง การออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ควบคู่กับการใช้แรงต้านน้ำหนักฐานเก้าอี้ และโยคะ ซึ่งสามารถนำมาบูรณาการกันได้ โดยควรออกกำลังกายเป็นประจำทุกวันอย่างน้อยวันละ 30 นาที

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 พัฒนาการออกกำลังกายบางประเภทที่มีดนตรีประกอบ เช่น การเต้นลีลาศ สามารถใช้ออกกำลังกายได้ทั้งแบบเดี่ยว หรือกลุ่ม สามารถนำไปใช้เพิ่มการทรงตัวในผู้สูงอายุได้ชัดเจน

1.2 ควรนำการออกกำลังกายรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มการทรงตัวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ให้อยู่ในคำแนะนำหรือการดูแลของผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาและเปรียบเทียบผลคุณภาพชีวิต ทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย นอกเหนือจากผลต่อการทรงตัว

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยลีลาศที่ส่งผลต่อการทรงตัวกลุ่มที่มีอายุหรือช่วงวัยที่มีความหลากหลายมากขึ้นเพื่อ เปรียบเทียบความแตกต่าง

2.3 ควรมีการดำเนินการติดตามผลการวิจัยการออกกำลังกายต่อเนื่องในระยะยาว

รายการอ้างอิง

- Acharyacheevin, C. & Choosakul, C. (2021). Effects of Social Dance Exercise on Body Balance and Stress in Elderly. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(02), 17-17. (In Thai)
- Cheewakul, C. (2021). Effects of Exercise by Applying Otago Exercise Program with Health Belief Model for Fall Prevention Behaviors in Elderly. *Medical journal of Srisakt Surin Buriram Hospitals*, 36(3), 597-608. (In Thai)
- Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. (2019). *Measures to drive the agenda National issue of Aging Society* (Revised Edition). Edition : 2 Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, Bangkok.
- Guralnik, J.M., Simonsick, E.M., Ferrucci, L. et al., (2018). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association with Self Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission, *Journals of Gerontology Medical Science*, 49(2), 85-94.
- Institute of Geriatric Medicine, Department of Medicine. (2015). Guidelines for the care of the elderly (Geriatric Syndrome). Bangkok: Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health;
- Johnson, B.G., Wright, A.D., Beazley, M.F., Harvey, T.C., Hillenbrand, P., & Imray, C.H. (2005). The Sharpened Romberg test for assessing ataxia in mild acute mountain sickness. *Wilderness Environ Med*. 16(2), 62-6.
- Kaewmok, W. (2017). The Effect of the Maneevej Exercise Technique on Body Balancing, Flexibility and Strength in Elderly Persons. *Burapha Journal of Medicine*, 4(1), 31-39. (In Thai)

- Kasih Lee, J., Yoo, H. N., & Lee, B. H. (2017). Effects of augmented reality-based Otago exercise on balance, gait, and physical factors in elderly women to prevent falls: a randomized controlled trial. *Journal of physical therapy science*, 29(9), 1586-1589.
- Lazdia, W., Amelia, S., & Silviani, S. (2018). Balance Exercise To Postural Balance in Elderly At Ptsw Kasih Sayang Ibu, Batusangkar. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic*, 1(2), 117-121.
- Lertsinthal, P., Kaewmalaithip, A., Piriyaiotha, S., & Muneesawang, P. (2020). Short Term Effects of Exercise Training by Assistive Teaching Exercise Program with Kinect Camera for Elderly on Balance Disorder Condition. *Royal Thai Army Medical Journal*, 73(2), 113-123. (In Thai)
- Mahaprom, T., Monkong, S. & Wongvatunyu, S. (2017). Tai Chi Practice and Its Impact on Elderly People's Balance. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(3), 50-65. (In Thai)
- Maneesub, Y., Sereekittikul, J., Nerunchorn, N., & Krajaengiang, T. (2019). Model of Fall Prevention in The Elderly by Nine-Square Exercise. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 36(3), 236-244. (In Thai)
- Niyomsat, Y., Nawanantawong, W., Keawampai, P., Phinyo, P., Kongchana, M., Siri Wong, P., et al. Effects of Ram Wong Conga Exercise on Physical Fitness Among Older Persons in Nakhon Ratchasima. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 437-453. (In Thai)
- Sukjit, S., Thuwakum, W., Boonmuang, K., Chomphu, K., & Ngampring, K. (2021). Effect of Line Dance Exercise on Physical Performance and Balance Ability in Older Adults. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(4), 1-12. (In Thai)
- Sukmee, K., Khongprasert, S., & Laohapakdee, R. (2020). The effect of muay thai exercise on balance and flexibility in thai elderly. *Journal of Sports Science and Health*, 21(3), 432-445. (In Thai)
- Suwannapas, R. (2021). Effects of Mai Yued Yoon Exercise Program on Health Related Physical Fitness and Movement Ability in The Elderly. *Journal of Sports Science and Health*, 22(1), 120-135. (In Thai)
- Thipsang. S. (2020). Stabilization or balance of balance. Retrieved 29 January 2020, from <https://www.scimath.org/article-science/item>
- Vejapaesya. C. (1997). *Physiology of Elderly*. Bangkok: P.B. Foreign Book Centre Limited Partnership.

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

กฤติยา ชาสวรรณ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; kchasuwan@gmail.com

จิราพร ทองดี, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; jena_192@hotmail.com

เนตรนภา พันเล็ก, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; netnapa@bcnsurat.ac.th

วัลลภา ดิษสระ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การจัดการตนเองอย่างเหมาะสมสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคดังกล่าวได้ ซึ่งสถานการณ์ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมที่ส่งผลให้พฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป นำไปสู่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงในทุกประเทศทั่วโลก และมีแนวโน้มที่จะมากกว่าเดิมในทุก ๆ ปี โดยเห็นได้จากอัตราการเจ็บป่วย และเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากข้อมูลรายงานสถิติทั้งภายในประเทศไทย และต่างประเทศ รวมถึงผู้สูงอายุที่มักพบการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการเสื่อมสภาพ และขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชราภาพ (Aging Process)

การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และผู้ป่วยควรต้องมีการจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย 1. การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหาร และการมาตรวจตามนัด 2. การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และ 3. การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเองที่มีความเหมาะสมสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการ นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ซึ่งมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบต่อการดูแลชีวิตประจำวันของการเจ็บป่วย และฝึกทักษะที่จำเป็นในการรับผิดชอบต่อชีวิตประจำวันของตนเองตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย หรือ ตลอดชีวิต หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งส่งผลให้เกิดสุขภาพที่ดีสามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค และสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่อย่างมีประสิทธิภาพด้วยทักษะหลักในการจัดการตนเอง 6 ทักษะ คือ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ การวางแผนการปฏิบัติ และการปรับทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองครบทั้ง 3 ด้าน

จะเห็นว่า บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรวางแผนส่งเสริม และให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสมในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอันเป็นผลต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

วันที่รับ (received) 31 ต.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 22 ธ.ค. 2565

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2565 ISSN 2651-1312 (Print) ISSN 2822-034X (Online)

Self-management of Older Persons with Hypertension

Krittiya Chasuwan, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; kchasuwan@gmail.com
Jeraporn Tongdee, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; jena_192@hotmail.com
Netnapa Phanlek, Boromrajonnani College of Nursing Surat Thani, Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; netnapa@bcnsurat.ac.th
Wanlapa Dissara, Boromrajonnani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing,
Praborommarajchanok Institute, e-mail; wanlapad@bcnnakhon.ac.th

Abstract

Hypertension is a global public-health problem and a cause of many complications impacting the lives of elderly people around the world. Such complications, however, can be prevented by proper self-management. Nowadays, with environmental, social, and cultural influences, people's behaviors and way of life have changed. This results in a high number of people with hypertension in many countries, with that number increasing every year as can be seen from the morbidity rate and death of patients with hypertension in various statistics reports from various countries, including Thailand. Moreover, it is found that elderly people are more likely to suffer from hypertension than people in other age group because of deterioration and lack of elasticity of the blood vessels caused by the aging process.

Self-management refers to actions or practices which promote health of a person so that they can live chronic diseases by managing and controlling them. Both patients and health personnel need to be involved in health care. In addition, patients should have good and lifelong self-management, which includes 1. Medical management: exercising, taking medication, selecting good food, and attending doctor appointment; 2. Role management: changing one's way of life while maintaining appropriate roles and responsibilities; and 3. Emotion management: managing stress, anxiety, and any emotional instability which may be caused by the disease(s). Appropriate self-management reflects one's ability to manage and control the disease itself and the severity of chronic disease. Only the patient can take care of their daily while suffering a disease. This can be done by practicing skills necessary for living their life—this could either be as long as they suffer from the disease(s) or as long as they live. If elderly people with hypertension can manage to live their lives in ways that promote good health, they will be able to reduce the severity of the disease and complications. In due course, they will be able to peacefully live with a chronic disease by employing six self-management skills, including problem solving, decision making, seeking and utilizing useful recourses, building good relationships with health personnel, planning way of living, and appropriately applying self-management knowledge to each individual in ways that are in line with the three aspects of self-management.

It can be found that health personnel, for example, professional nurses or public-health officers should plan to promote and be able to give proper advice regarding self-management and healthy activities which elderly people with hypertension may choose to do to promote good health. Therefore, it is necessary to develop a self-management program to change health-related behaviors of elderly people with hypertension.

Keywords : self-management, older persons with hypertension

บทนำ

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่มีแรงดันของการไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดแดงสูง โดยมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก หรือ แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) มากกว่า หรือ เท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิก หรือ แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่า หรือ เท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มวัยสูงอายุจะเกิดความแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป คือ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เช่น การปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพไม่เหมาะสม การควบคุมอาหาร ความเครียดเรื้อรัง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน ไขมันอุดตันหรือโรคอ้วน (Unger, Borghi, Charchar, Khan, Poulter, Prabhakaran et al, 2020) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาที (Whelton, Carey, Aronow, Casey, Collins, Himmelfarb et al, 2018) หากผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และเกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ความสำเร็จของการควบคุมโรค และความรุนแรงของโรคเรื้อรังด้วยตนเองในอนาคตต่อไป ผู้เขียนจึงได้เขียนบทความฉบับนี้เพื่อนำเสนอเนื้อหาครอบคลุมในเรื่องสถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดการจัดการตนเอง การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

ประชากรสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุก ๆ ปี จากรายงานความชุกของโรคเรื้อรังพบอัตราการเพิ่มตามอายุ แล้วยังพบว่า อัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุมากที่สุด ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลกแล้วยังพบว่าเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ประมาณ 1.13 พันล้านคน เพิ่มจาก 594 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2518 (Zhou, Bentham, Cesare, Bixby, Danaei, Cowan et al, 2017) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพทั่วโลก พบว่า ข้อมูลสถิติของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2556 - 2557 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.7 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.4 ในปี พ.ศ. 2560 - 2561 แล้วยังพบว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 74.5 (Ostchega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) และในปี พ.ศ. 2555 - 2558 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ประเทศจีน ร้อยละ 53.2 (Zhang, Qiu, Zheng, Zang, & Zhao, 2020) สำหรับสถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.4 (Aekplakorn, 2021) เพิ่มขึ้นจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 อัตราความชุก ร้อยละ 24.7 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (Aekplakorn, 2016) แล้วยังพบว่า อัตราความชุกของโรคเพิ่มตามอายุ กล่าวคือ ช่วงอายุ 15 - 29 ปี ร้อยละ 3.3 แล้วเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุวัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุ พบว่า มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ช่วงอายุ 30 - 44 ปี ร้อยละ 13.1 ช่วงอายุ 45 - 59 ปี ร้อยละ 27.2 ช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.0 ช่วงอายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 67.2 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.8 ของประชากรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้งหมด จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค

ไม่ติดต่อและการบาดเจ็บในปี พ.ศ. 2561 ข้อมูลประชากรที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วจัดแบ่งตามช่วงอายุ พบว่า ช่วงอายุ 55 - 64 ปี ร้อยละ 28.7 ช่วงอายุ 65 - 74 ปี ร้อยละ 39 และช่วงอายุ 75 - 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.1 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) และในปี พ.ศ. 2561 ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประชากรมากกว่า 494,873 คน อีกทั้งยังพบรายงานสถิติสาธารณสุขของไทย ในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า อัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 71.1, 70.0 และ 73.6 ตามลำดับของประชากรที่เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2018, 2019, 2020)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากในวัยสูงอายุจะเกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดงมากขึ้น และสูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือด ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงในวัยสูงอายุ (Musini, Tejani, Bassett, Puil, & Wright, 2019) ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชราภาพ (Aging Process) ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจึงทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว หรือ Systolic Blood Pressure (SBP) ของหลอดเลือดแดงเอออร์ตาสูงขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke Volume) เพิ่มขึ้น และแรงดันภายในหลอดเลือดสูงขึ้นประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีปริมาณไขมันและโซเดียมสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย และบุคลิกภาพของผู้ป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล ความเครียดสะสมสูง เป็นต้น จากอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับกระบวนการชราภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมดังกล่าวมาข้างต้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตในที่สุด (Thai Hypertension Society, 2019) อีกทั้งหากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เช่น หัวใจทำงานหนักขึ้น ผนังของหัวใจหนาตัว แล้วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี ผนังของหัวใจจะยืดออก เกิดภาวะหัวใจโต และหัวใจวาย นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก เป็นอัมพาต หรือ อาจเสียชีวิตได้ หากเป็นเรื้อรังอาจกลายเป็นโรคสมองเสื่อม เลือดอาจไปเลี้ยงบริเวณไตไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดของไตเสื่อม ทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง และภาวะไตวายได้ (Ferri, Ferri, & Desideri, 2017) ส่วนผลกระทบทางตา ทำให้หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมลงอย่างช้า ๆ เกิดเลือดออกบริเวณจอตา ประสาทตาเสื่อมลง ตามัว หรือ ตาบอดในที่สุด (Thai Hypertension Society, 2019) หากไม่สามารถควบคุมระดับของความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกายที่มีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากโรคร่วมแล้วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงทางด้านร่างกาย ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 13.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 7 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.9 ของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2020) ในผู้สูงอายุนั้นเมื่อทราบแล้วว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงอาจเกิดความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามมา (Ugwu, Onyedibe, & Chukwuorji, 2020) ซึ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกายแล้วอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาททางสังคมน้อยลง โดยเฉพาะในบางรายที่ต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น อาจส่งผลกระทบต่อเรื่องค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ จากปัญหาดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า

มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้กับผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง พบว่า ในกลุ่มวัยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแล้วไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองเกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Khantamoon & Daenseekaew, 2017) ซึ่งเป็นผลจากการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองแล้วสามารถจัดการตนเองได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วยการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ระดับเกณฑ์ปกติตามเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตนั้นเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง จึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ๆ (Flack & Adekola, 2020) ซึ่งเป้าหมายของผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คือ มีค่าระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าระดับความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่า 79 มิลลิเมตรปรอท โดยการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นวิธีการรักษามาตรฐาน แบ่งออกเป็น 2 วิธี (Thai Hypertension Society, 2019) กล่าวคือ 1. การรักษาแบบไม่มีการใช้ยา หรือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) ได้แก่ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การลดน้ำหนักของกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การหมั่นออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การงดสูบบุหรี่ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 2. การรักษาแบบมีการใช้ยา โดยทั่วไปยาลดความดันโลหิตสูงที่สำคัญมีอยู่ 5 กลุ่มหลัก กล่าวคือ 1. Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) 2. Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) 3. Beta-blockers 4. Calcium-channel Blockers (CCBs) และ 5. ยาขับปัสสาวะ (Diuretics Drugs) (James, Oparil, Carter, Cusham, Dennison-Himmelfarb, Handler et al, 2014) ซึ่งการรักษาแบบใช้ยาพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ยที่วัดได้จากสถานพยาบาล ระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละบุคคล โรคร่วมที่ปรากฏอยู่แล้วในบุคคลนั้น และการประเมินอวัยวะต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง (Target Organ Damage : TOD) จะเห็นได้ว่า การรักษาแบบใช้ยาจำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตร่วมด้วยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากได้รับการรักษาแบบใช้ยาเพียงอย่างเดียวอาจจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เฉพาะตอนใช้ยารักษาเท่านั้น หากหยุดรับประทานยาแล้วยังคงดำเนินชีวิตแบบเดิม ระดับความดันโลหิตจะกลับมาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากยังไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งสำคัญที่สุดคือ ต้องได้รับความร่วมมือในการรักษาจากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง หากผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับแผนการรักษาจะส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต และการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, 2020)

แนวคิดการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการนิยามความหมายของการจัดการตนเองไว้อย่างหลากหลาย กล่าวคือ การจัดการตนเอง หมายถึง การประเมินความรู้ ทักษะ และความสามารถของตนเองตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่

เป้าหมาย และการสร้างแรงจูงใจเพื่อไปถึงเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งการควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ หรือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Browder & Shapiro, 1985) หรือ การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพพร้อมกับคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการปรับตัวต่อปัญหาด้านจิตใจที่อาจเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการจัดการชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการเงิน และเงื่อนไขทางสังคม (Clark, Becker, Janz, Lorig, Rakowski, & Anderson, 1991) อีกทั้งการจัดการตนเอง หมายถึง ขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตนเองเกี่ยวกับกระบวนการต่าง ๆ ได้แก่ การคัดเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลผลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การกระทำ และปฏิกิริยาการตอบสนองต่อตนเอง ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการจัดการความผิดปกติของพวกเขาได้ และสามารถเป็นส่วนหนึ่งร่วมกับแพทย์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคเรื้อรัง หรือ ความผิดปกติ (Creer, 2000) หรือ การจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังด้วยการจัดการควบคุมโรค ซึ่งผู้ป่วยและบุคลากรทางด้านสุขภาพควรต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีตลอดชีวิต ประกอบด้วย 1. การจัดการด้านการรักษา ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหาร และการมาตรวจตามนัด 2. การจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และ 3. การจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล และความไม่แน่นอนที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Lorig & Holman, 2003)

องค์ประกอบของการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการที่บุคคลถูกรบกวนด้วยโรค และเกิดการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การจัดการตนเองจะมีประสิทธิภาพได้นั้นจำเป็นต้องอาศัยการจัดการในด้านต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้าน คือ

1. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) เป็นการจัดการพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับการรักษาโรคเรื้อรัง โดยบุคคลต้องกำหนดการรักษาร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ วางแผนการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต หรือ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับแบบแผนการรักษา

2. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับรู้ และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นแล้วสามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

3. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) เป็นการเรียนรู้สำหรับการจัดการกับความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง หรือ ความเครียด ซึ่งพบได้ทั่วไปจากบุคคลที่มีภาวะเรื้อรังของโรคเนื่องจากโรคเรื้อรัง หากเป็นแล้วผู้ป่วยจะต้องอยู่ร่วมกับโรคนั้น และต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต เมื่อต้องเผชิญอยู่กับโรคเรื้อรัง อาจส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล หรือ ภาวะซึมเศร้าได้

การจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง ต้องอาศัยทักษะหลักของการจัดการตนเอง 6 ทักษะ คือ

1. การแก้ปัญหา (Problem Solving) เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองควรมุ่งเน้นถึงความตระหนักรู้ และปัญหาจากโรคเรื้อรังของผู้ป่วย ดังนั้นการแก้ปัญหาจึงเป็นหัวใจหลักของ

ทักษะการจัดการตนเอง การศึกษาเรียนรู้เฉพาะโรคเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการแก้ปัญหาแต่จำเป็นต้องสอนทักษะในการแก้ปัญหาพื้นฐานที่เกี่ยวกับภาวะเรื้อรังของโรคอีกด้วย

2. การตัดสินใจ (Decision Making) เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโรค เนื่องจากบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องมีการตัดสินใจในการกระทำเพื่อจัดการกับอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละวัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของโรค เพื่อนำไปสู่การที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3. การแสวงหาและการใช้แหล่งประโยชน์ (Resource Utilization) การช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งภายในชุมชน และภายนอกชุมชน เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การใช้ห้องสมุด การค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่นั้นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเอง

4. การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Forming of Patient / Health Care Provider Partnership) โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพจะเข้ามาสร้างบทบาทในการสอนและแนะนำผู้ป่วยให้เกิดความสามารถในการเลือก และจัดรูปแบบการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษาภายใต้ภาวะเจ็บป่วย สามารถอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการรักษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และสามารถบอกเกี่ยวกับอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง

5. การวางแผนการปฏิบัติ (Action Planning) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย การวางแผน การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาว รวมถึงการสร้างเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. การปรับทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Self-tailoring) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในการเกิดพฤติกรรมจัดการอย่างเหมาะสมต่อตัวบุคคล วัฒนธรรม กฎหมาย และสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท ในด้านนี้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องมีการวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดทักษะที่ช่วยให้นำความรู้ที่นำมาปรับปรุง และพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างสมบูรณ์

จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ผ่านช่องทางต่าง ๆ แล้วยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมในแต่ละบุคคลส่งผลให้เกิดการจัดการตนเอง ทั้ง 3 ด้าน คือ การจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด อันส่งผลไปสู่การจัดการตนเองในการดูแล และปฏิบัติตนเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

การจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงย่อมมีความแตกต่างจากวัยอื่น ๆ รวมถึงในผู้สูงอายุด้วยกัน โดยวัยสูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายอาจมีความสามารถในการคิด ตัดสินใจ และดำรงบทบาทของตนเองที่แตกต่างกัน ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น กระบวนการชราภาพ (Aging Process) ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง และการดำเนินของโรค ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จาก

บุคคลภายในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ การสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการจัดการตนเองที่ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา ซึ่งประกอบด้วย 1. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต คือ การรับประทานอาหารรูปแบบ DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) การจำกัดโซเดียมในอาหาร การลดน้ำหนักในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การออกกำลังกาย การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ 2) การรับประทานยา คือ ผู้สูงอายุควรต้องมีการจัดการตนเองในการรับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ 3) การไปตรวจตามนัด การติดตามมารับการรักษา มารับยาตามนัด ส่วนด้านการจัดการด้านบทบาท ได้แก่ การปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เพื่อคงไว้ซึ่งบทบาทก่อนการเจ็บป่วย การจัดการกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในชีวิตประจำวัน และการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการกับบทบาทหน้าที่ สถานะ หรืออาชีพ เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และการจัดการด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเครียด และความวิตกกังวล นำไปสู่การจัดการสุขภาพจิตที่ดี (Alvarez, Torres, Artola, Epelde, Arranz, & Marrugat, 2020) รวมไปถึงการพูดคุยและปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลภายในครอบครัว จะเห็นได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการตนเองครอบคลุมทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างสมบูรณ์

การจัดการตนเองเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีแม้อยู่กับภาวะเจ็บป่วย ซึ่งสิ่งที่จำเป็นสำหรับการคงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การที่บุคคลสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรังนั้นได้เป็นอย่างดี ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงมากขึ้นได้ โดยการมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งด้านการจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ บุคคลนั้นจะต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นเพื่อจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้การจัดการตนเองที่สอดคล้องตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) กล่าวคือ

1. การจัดการด้านการรักษา (Medical or Behavior Management) ได้แก่

1.1 การรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรเลือกรับประทาน และรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทุก ๆ มื้อ ในแต่ละมื้อควรมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม โดยใช้สูตรเมนูอาหาร 2 : 1 : 1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ ต้องแบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าวหรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน และเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Challa, Tadi, & Uppaluri, 2020)

1.2 การรับประทานยา ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักจะพบโรคประจำตัวร่วมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น จึงทำให้ต้องรับประทานยาหลายอย่าง ผู้สูงอายุควรมีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและครบถ้วนตามแผนการรักษาเพื่อจัดการกับอาการแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังควรมีการรับประทานวิตามินรวม เช่น วิตามินบี 1 บี 6 วิตามินซี และกรดโฟลิก เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Thai Hypertension Society, 2019)

1.3 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยผู้สูงอายุสามารถเลือกออกกำลังกายประเภทอื่น ๆ ที่ปรับแต่งให้เข้ากับผู้สูงอายุตามความจำเป็น ความสามารถในการอดทน และความต้องการของผู้สูงอายุในรายที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมร่วมด้วย เช่น การเดินออกกำลังกาย การปั่นจักรยานที่ต้องปรับอานนั่งให้สูงกว่าปกติเล็กน้อย เพื่อลดการงอเข่ามากเกินไป หรือ การออกกำลังกายในน้ำ เป็นต้น (Mora, Przkora, & Cruz-Almeida, 2018) ซึ่งหากผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังกายได้ก็จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน และช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ระดับดี จากการศึกษาวิจัย พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในค่าซิสโตลิก ประมาณ 2 - 3 มิลลิเมตรปรอท แล้วยังพบว่า หากความดันโลหิตลดลงอย่างน้อย 2 มิลลิเมตรปรอท อาจส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ร้อยละ 14 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 9 ตามลำดับ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการรักษา ควบคุม และป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ (Fujie, Hasegawa, Sanada, Hamaoka, Maeda, Padilla et al, 2020)

1.4 การไปตรวจตามนัด การติดตามเข้ารับการรักษา และการเข้ามารับยาตามนัด โดยถือว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามารับยาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และให้ความร่วมมือในการรักษาส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินของโรคในทิศทางที่ดี และความถี่ของการเข้ามารับยาตามนัด (Rate of Prescription Refills) ช่วยประเมินว่า ผู้สูงอายุได้รับยาต่อเนื่องหรือไม่ ซึ่งในรายที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ควรต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมในการไปพบแพทย์ตามนัด แต่หากในรายที่ต้องมีบุคคลอื่น ๆ คอยช่วยเหลืออาจต้องขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อน หรือ ผู้ดูแล (Villafuerte, Canaves, Montalvo, Sancho, Oliver, Flores et al, 2020)

1.5 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการงดสูบบุหรี่ ซึ่งส่งผลต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษา พบว่า เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เชื่อมโยงในการรักษาแผนปัจจุบัน ตั้งเป้าหมายอยากหายจากโรค ไม่อยากเกิดภาวะแทรกซ้อน และรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบอกเล่าของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพ และมีประสบการณ์จากการเห็นเพื่อน ๆ ผู้สูงอายุภายในชุมชนที่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงทำให้กลัวอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน (Delavar, Pashaeypoor, & Negarandeh, 2020)

2. การจัดการด้านบทบาท (Role Management) เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดการจัดการกับบทบาท สถานะ และอาชีพ เป็นการคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลง และการสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย แล้วผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถรักษาและควบคุมได้ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตร่วมกับกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และการเข้ามามองตามนัดตรงเวลา นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย (Lorig & Holman, 2003)

ในรายที่เกิดความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลงควรต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัว และการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว รวมถึงการดำรงชีวิต และบทบาทในการดำเนินชีวิตของตนเอง (Hussien, Muhye, Abebe, & Ambaw, 2021) และการกำหนดเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ

3. การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional Management) โรคความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถกลับไปปกติดังเดิมได้ เป็นกลุ่มอาการที่ซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายแย่ลง ส่งผลให้สภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงแปรเปลี่ยนไปจากปกติ ซึ่งแสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดหู่ กังวล ไร้ค่า ซึมเศร้า และเกิดความคิดอยากตาย การเรียนรู้สำหรับการจัดการกับความโกรธ และความกลัว (Xie, Liu, Or, Chen, Yan, & Wang, 2020) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุจะเกิดความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากภาวะความเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ๆ มากกว่าเดิม ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกท้อแท้ และสิ้นหวังที่เป็นการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งบุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตระหนักรู้ และเข้าใจถึงความเป็นไปของโรคความดันโลหิตสูง มีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่แล้วสามารถวางแผนรับมือกับผลกระทบจากโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง คลายความเครียด และเยียวยา สภาวะจิตใจได้จากการจัดการตนเอง (Khantamoon & Daenseekaew, 2017) ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักพบเจอกับการสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส หรือ บุคคลใกล้ชิด สูญเสียสถานภาพ และบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุ หรือ การทำงาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ บุคคลภายในครอบครัว เช่น บุตร หลาน พี่น้อง หรือ บุคคลที่ดูแลหลักควรให้กำลังใจ เอาใจใส่ และการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรยินดีกับการให้ความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงรู้สึกได้รับความรัก และการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Liu, Rozelle, Xu, Yu, & Zhou, 2019)

การจัดการตนเองด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดย่อมต้องอาศัยทักษะในการจัดการตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงควรตระหนักรู้ และเข้าใจถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สามารถออกแบบ และตัดสินใจเลือกหนทางของการแก้ปัญหา แสวงหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาโรคความดันโลหิตสูงผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต รวมถึงการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ นำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวในการจัดการด้านการรักษา การจัดการด้านบทบาท และการจัดการด้านอารมณ์ร่วมด้วยการสร้างความเชื่อมั่นของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะความรู้สำหรับการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง

บทสรุป

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเป้าหมายการรักษา และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและมีทักษะในการปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้อง จึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองถือว่ามีสำคัญอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค มีการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการจัดการควบคุมระดับความดันโลหิตด้วยตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีแม้จะมีภาวะเจ็บป่วย การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะต้องครอบคลุมการปฏิบัติใน 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา, การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียดซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุต้องจัดการกับอารมณ์เหล่านี้ให้ได้ด้วยตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้ และคำแนะนำที่เหมาะสม และที่สำคัญคือการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพัฒนา 6 ทักษะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) การแก้ไขปัญหา 2) การตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งข้อมูล 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร 5) การปฏิบัติ และ 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง แนวทางในการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงนั้น นอกจากมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี 6 ทักษะเพิ่มขึ้นแล้ว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล หรือการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด เข้าใจบริบท ความต้องการ และปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและให้การดูแลเกื้อหนุนในการจัดการตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวจึงถือว่าเป็นปัจจัยและกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลให้เกิดสุขภาวะ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รายการอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2016). Thai national health examination survey V study group. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Aekplakorn, W. (2021). Thai national health examination survey VI study group. Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Alvarez, R., Torres, J., Artola, G., Epelde, G., Arranz, S., & Marrugat, G. (2020). OBINTER: A holistic approach to catalyse the self-management of chronic obesity. *Sensors*, 20(18), 1-27.
- Browder, D. M., & Shapiro, E. S. (1985). Applications of self-management to individuals with severe handicaps: A review. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 10(4), 200-208.

- Challa, H. J., Tadi, P., & Uppaluri, K. R. (2020). DASH diet (dietary approaches to stop hypertension). North Carolina: StatPearls.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: A review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. *Handbook of self-regulation*. California: Academic Press.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 336-342.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). Quantity and Rate of inpatients 2016 - 2018 (hypertension, diabetes mellitus, coronary artery disease, stroke, and COPD). Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13507&gid=18> (in Thai)
- Ferri, C., Ferri, L., & Desideri, G. (2017). Management of hypertension in the elderly and frail elderly. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 24(1), 1-11.
- Flack, J. M., & Adekola, B. (2020). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 30(3), 160-164.
- Fujie, S., Hasegawa, N., Sanada, K., Hamaoka, T., Maeda, S., ..., & Iemitsu, M. (2020). Increased serum salusin- α by aerobic exercise training correlates with improvements in arterial stiffness in middle-aged and older adults. *Aging*, 12(2), 1201-1212.
- Hussien, M., Muhye, A., Abebe, F., & Ambaw, F. (2021). The role of health care quality in hypertension self-management: A qualitative study of the experience of patients in a public hospital, north-west Ethiopia. *Integrated Blood Pressure Control*, 14, 55-68.
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., ..., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *The Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520.
- Khantamoon, R., & Daenseekaew, S. (2017). Self-management among people with uncontrolled hypertension. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(2), 89-97. (in Thai)
- Liu, J., Rozelle, S., Xu, Q., Yu, N., & Zhou, T. (2019). Social engagement and elderly health in China: evidence from the China health and retirement longitudinal survey. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 16(2), 1-16.

- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Mora, J. C., Przkora, R., & Cruz-Almeida, Y. (2018). Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. *Journal of Pain Research*, 11, 2189-2196.
- Musini, V. M., Tejani, A. M., Bassett, K., Puil, L., & Wright, J. M. (2019). Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), 1-99.
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2018). Public health statistics 2017. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2019). Public Health Statistics 2018. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). Public health statistics 2019. Retrieved from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai)
- Ostchega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T., & Nguyen, D. T. (2020). Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017 - 2018. *NCHS Data Brief*, 364, 1-8.
- Thai Hypertension Society. (2019). 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. (1st ed.). Chiang Mai: Trick Think. (in Thai)
- Ugwu, D. I., Onyedibe, M. C., & Chukwuorji, J. C. (2020). Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance. *Psychology, Health and Medicine*, 26(6), 701-710.
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., ..., & Schutte, A. E. (2020). 2020 international society of hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75, 1334-1357.
- Villafuerte, F. U., Canaves, J. L., Montalvo, P. L., Sancho, M. M., Oliver, B. O., ..., & Carratala, F. R. (2020). Effectiveness of a multifactorial intervention, consisting of self-management of antihypertensive medication, self-measurement of blood pressure, hypocaloric and low sodium diet, and physical exercise, in patients with uncontrolled hypertension taking 2 or more antihypertensive drugs: The MEDICHY study. *Medicine*, 99(17), 1-7.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., ..., & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension*, 71(6), 1269-1324.

- Xie, Z., Liu, K., Or, C., Chen, J., Yan, M., & Wang, H. (2020). An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*, 20, 1-13.
- Zhang, X., Qiu, C., Zheng, Y., Zang, X., & Zhao, Y. (2020). Self-management among elderly patients with hypertension and its association with individual and social environmental factors in China. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(1), 45-53.
- Zhou, B., Bentham, J., Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., ..., & Cisneros, J. Z. (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: A pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *The Lancet*, 389(10064), 37-55.

โรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน:

การทบทวนวรรณกรรม

ธนิดา ทีปะปาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; thanida@bcnsurat.ac.th

ปภาสินี แซ่ตัว, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; punpunpor@hotmail.com

ศรารุจ เรืองสวัสดิ์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; sara_r43@hotmail.com

ธัญวดี นาคมิตร, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, e-mail; Khwan_t@windowslive.com

ณัฐนันท์ คำอูไร, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; nutnari@bcns.ac.th

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของพัฒนาการ ซึ่งเกิดได้จากพันธุกรรม และอาจจะเกิดจากความบกพร่องของการทำงานที่สมอง ส่งผลให้มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง เช่น อาการซน อยู่ไม่นิ่ง ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น และขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มากกว่า พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยเดียวกัน ส่งผลให้การทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือการเข้าสังคม บกพร่องไป เด็กสมาธิสั้น มี 2 ลักษณะ คือ 1) สมาธิสั้นแท้ เกิดจาก 2 สาเหตุหลัก ได้แก่ การผิดปกติจากสมองตั้งแต่กำเนิด และภาวะที่มีต่อสมองตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เช่น มารดาขาดสารอาหาร หรือได้รับสารพิษ การคลอดมีปัญหาลมชัก หรือสมองอักเสบ ส่งผลให้สารสื่อประสาทที่คุมสมาธิมีปริมาณ น้อยกว่าเด็กปกติ เด็กจะมีอาการและเห็นอาการได้ชัดมากขึ้นหากเด็กได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมหรือมีสิ่ง ต่างๆ มากระตุ้นมากเกินไป และเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และ 2) สมาธิสั้นเทียม เกิดจากการ เลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม แต่เด็กสมองปกติ อาการคล้ายสมาธิสั้น มักพบในเด็กอนุบาลที่ถูกเร่งเรียนมากเกินไป

บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนวรรณกรรมโรคสมาธิสั้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้นในเด็กวัยเรียน สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน และบทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน ปัญหา พฤติกรรมของโรคสมาธิสั้นที่ปรากฏขึ้นในช่วงชีวิตวัยเด็กจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ การเรียนและทางสังคมได้ ซึ่งยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้โรคนี้นหายขาด แต่การได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จะช่วยให้เด็กโรคสมาธิสั้นสามารถเรียนรู้ได้เต็มตามศักยภาพอย่างเหมาะสมตามวัย ประสบความสำเร็จในการเรียนและการใช้ชีวิต สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น, ปัญหาพฤติกรรมสมาธิสั้น, เด็กวัยเรียน

Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Factors Related to Behavioral Problems in School-Aged Children: A Literature Review

Thanida Teepapal, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; thanida@bcnsurat.ac.th

Paparsinee Saetew, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; punpunpor@hotmail.com

Sarawut Rueangsawat, Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; sara_r43@hotmail.com

Tunwadee Nakhit, Suansaranrom Hospital, e-mail; Khwan_t@windowslive.com

Natnari Khamaurai, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; nutnari@bcns.ac.th

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is caused by a developmental disorder that results from a genetic disorder and may cause by impaired brain function. As a result, problems with self-control, such as hyperactivity, impulsivity, and inattention. These behaviours of children with ADHD more than normal children of the same age affect daily living or impaired sociability. There are two types of ADHD children: 1) True ADHD is caused by two main causes namely 1) congenital cerebral palsy and 2) fetal brain for example, the mother's malnutrition or obtain toxin, dystocia, and children with epileptic or encephalitis. As a result, neurotransmitters that control attention are lower than in normal children. Children will express symptom if inappropriate care or more stimulus and inheritance. 2) Pseudo-ADHD results from nurturing, environment. However, there are children with normal brains, and symptoms like ADHD are often found in kindergarten children who are hurried child.

This academic article aims to review the ADHD factors related to attention deficit behavioural problems among school-aged children, the cause of ADHD, factors associated with behavioural problems of school-aged, the problems of children with ADHD, the effects of ADHD in School-aged children and the role of nurses to caring for children with ADHD among school-aged. Behavioural problems with ADHD that appear during early life can affect academic personality development and social. There is no effective treatment for this disease. However, the proper care will help children with ADHD to learn at their maximum potential of their aged and success in their study and their life. Moreover, they can able to live happily in society.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorders, Behavioral problems, School-aged children

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยในเด็ก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรมที่มีภาวะสมาธิบกพร่องและมีพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมอารมณ์ การเรียน การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบุคคลทั่วไปหรือการเข้าสังคม รวมไปถึงการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กและผู้ที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมที่แสดงออกซ้ำๆ ที่ไม่เหมาะสมกับอายุและระดับการพัฒนากาย มีลักษณะอาการเฉพาะ 3 ประการ คือ 1) อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง 2) อาการหุนหันพลันแล่น และ 3) ไม่มีสมาธิ (Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, 2019; Sirirutraykha, 2022) ในประเทศไทยเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 เป็นโรคสมาธิสั้นถึงร้อยละ 8.1 ซึ่งสามารถประมาณการได้ว่าจะมีเด็กช่วงวัยดังกล่าวป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นถึง 1 ล้านคน และมักพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง ในอัตราส่วน 3:1 หากไม่ได้รับการรักษา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการเรียน มีปัญหาด้านการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น เป็นต้น (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017)

เด็กโรคสมาธิสั้น จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว การที่พ่อแม่ยอมรับจุดอ่อนของเด็กจะช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการพัฒนาจุดเด่นจะช่วยพัฒนาให้เด็กสมาธิสั้นสามารถปรับตัวในสังคม และประสบความสำเร็จได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นมีเป้าหมายให้เด็กสามารถควบคุมพฤติกรรมอารมณ์ และใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยทำการรักษาด้วยยา ปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้ความรู้เรื่องโรคแก่พ่อแม่และครู การรักษาอาจจะเป็นวิธีการรักษาแบบเดียวหรือผสมผสานกัน (Nakmit, 2016) การรักษาโดยการให้ยา ซึ่งในปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาหลายชนิด โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา ถึงข้อดีและข้อเสีย รวมถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย และจะพิจารณาหยุดยาเมื่อสามารถควบคุมตนเองได้ดี (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2022) การรักษาด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อลดการดำเนินของโรคสมาธิสั้น ยาจะช่วยควบคุมพฤติกรรม เพิ่มสมาธิและมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ส่งผลให้เด็กอยู่นิ่งได้นานขึ้น สามารถเรียนหนังสือร่วมกับเพื่อนในชั้นเรียนได้ (Thavorncharoensap, 2019) การรักษาโดยการทำพฤติกรรมบำบัด การปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม การรักษาด้วยวิธีนี้จำเป็นต้องอาศัยการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่เด็ก พ่อแม่ ญาติพี่น้องและครู ให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว การช่วยเหลือทางการเรียน ซึ่งเด็กที่เป็นสมาธิสั้นสามารถเรียนในระบบโรงเรียนและใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หากทำการวินิจฉัยและรักษาได้รวดเร็วจะส่งผลดีและสามารถป้องกันไม่ให้เกิดผลที่รุนแรงในอนาคต เช่น หนีโรงเรียนหรือติดยาเสพติด และสิ่งสำคัญที่สุดของการรักษาคือความรักความเอาใจใส่จากพ่อแม่ ผู้ปกครองที่จะช่วยเอาชนะโรคสมาธิสั้นได้ (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, 2022) สำหรับการรักษาโดยการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น 1) การช่วยเหลือที่ตัวเด็กโดยตรง ในด้านการเพิ่มสมาธิ เพราะจะช่วยให้เด็กอยู่นิ่งขึ้น มีสมาธิต่อเนื่อง ฝึกให้มีความอดทน ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ โดยการกำกับเด็กแบบตัวต่อตัวในการทำกิจกรรม ในด้านการเรียน ทำได้โดยจัดที่เรียนเป็นสัดส่วน สงบ ไม่มีสิ่งกระตุ้น ฝึกให้ทำงานที่โต๊ะเป็นประจำ นั่งควบคุมตลอดเวลา กำหนดตารางเวลาเรียนที่ชัดเจน แบ่งงานย่อยๆ ให้ทำ ฝึกการอ่านโดยใช้เวลาเป็นตัวกำหนด และประสานครูเพื่อจะได้จัดสิ่งแวดล้อมในขณะที่อยู่ที่โรงเรียนให้เหมาะสมกับเด็ก นอกจากนี้ควรมีการชักชวนให้เด็กออกกำลังกายเพราะจะทำให้เด็กสมองแจ่มใส ส่งผลให้การเรียนรู้ของเด็กเร็วมากขึ้น และการฝึกทักษะทางสังคม ให้เด็กฝึกสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่น ฝึกให้รู้จักการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ฝึกการรอคอย ฝึกการแสดงออกในบทบาทที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในสถานการณ์ต่างๆ

2) การฝึกสอนพ่อแม่ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้พ่อแม่เกิดทัศนคติที่ดี ยอมรับ เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเกิดจากอาการของโรคสมาธิสั้น 3) การประสานกับโรงเรียนเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือ มีเป้าหมาย คือ ช่วยให้เด็กสามารถเรียนหนังสือและลดพฤติกรรมก่อกวนในห้องเรียนได้ ให้ครูประจำชั้นมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งครูจะต้องเข้าใจยอมรับในพฤติกรรมแสดงออกของเด็ก ทราบแนวทางการจัดการกับพฤติกรรมเมื่อเด็กมีอาการขณะอยู่ที่โรงเรียน (Nakmit, 2016) สำหรับทักษะสังคมที่จะต้องสร้างให้เด็กสมาธิสั้นเพื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมอย่างมีความสุข มี 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นตนเอง 2) การควบคุมตัวเอง 3) การจัดการปัญหาที่ถูกต้อง 4) การเรียนรู้สิ่งใหม่ 5) การสื่อสารกับคนอื่น 6) การสร้างสัมพันธภาพคนอื่น และ 7) การแก้ไขความขัดแย้ง ซึ่งทักษะสังคมเหล่านี้ได้มาจากการฝึก การปลูกฝังและรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ (Department of Mental Health, 2018)

โรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorders, ADHD) เกิดจากความผิดปกติในการทำงานของสมองบางส่วน ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด คาดว่าเกิดจากสารเคมีในสมองบางชนิดไม่สมดุล เช่น dopamine, norepinephrine ทำให้เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ดี แม้เด็กจะพยายามควบคุมตนเองแล้วก็ตาม จากผลการศึกษาส่วนใหญ่ เชื่อว่าโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยพบว่าเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้มากกว่าทั่วไป ถึง 4 เท่า นอกจากนี้ การที่พ่อแม่ ดุด่า ทุ박 บังคับ หรือมีโรครุมมีแพ้ในครอบครัว ก็เชื่อว่าเป็นสาเหตุได้เช่นกัน (Sirirutraykha, 2022)

ประเภทของโรคสมาธิสั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ตามลักษณะอาการที่แสดงออก

1. อาการซุกซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) เป็นอาการที่ซนมากผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน มักยุกยิก อยู่ไม่สุข ชอบขยับมือและเท้าไปมา ชอบวิ่งหรือปีนป่ายสิ่งต่างๆ พุดมากเกินควร พุดไม่หยุด ไม่สามารถทำกิจกรรมง่ายๆ ได้ เล่นเสียงดัง เคลื่อนไหวหรือตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา รอคอยไม่ได้ ไม่ชอบการเข้าคิว (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017) นอกจากนี้ยังชอบเล่นที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย มีความผาดโผน เป็นการเล่นที่เสียงดังโครมคราม เล่นที่ใช้เสียงเสียงไม่เป็นอาการต่างๆ เหล่านี้จะสังเกตได้เด่นชัดเมื่อเด็กเข้าสู่โรงเรียนอนุบาลและประถมศึกษาตอนต้น ขณะเด็กอยู่ในห้องเรียน จะลุกจากที่นั่งบ่อย หรือเดินออกนอกห้องเรียนโดยไม่ขออนุญาต ซึ่งจะเป็นปัญหาทางการเรียน และปัญหาต่อการเล่นกับเพื่อนในวัยเดียวกัน อาการซุกซนอยู่ไม่นิ่งจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Trangkasombat, 2003; Winatpatthama, 2021)

2. อาการหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) เด็กมีความบกพร่องในการใช้ความคิดหรือการวางแผน เช่น พฤติกรรมของเด็กที่ดูเหมือนว่าควบคุมหรือยับยั้งตนเองไม่ได้ทั้งความคิดและพฤติกรรม สำหรับลักษณะที่ยับยั้งไม่ได้เด็กจะแสดงออกให้เห็นทางวาจาโดยการพูดไม่ทันคิด เช่น พูดโพล่ง พูดแทรกขณะที่ผู้อื่นกำลังพูด หรือพูดขัดจังหวะผู้อื่น หรือพูดโดยที่ฟังคำถามไม่ทันจบ และมักรอคอยไม่เป็น เด็กที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น จะทำให้ถูกมองว่าเป็นเด็กที่มีความก้าวร้าว ใจร้อน ไม่รอบคอบ นอกจากนี้ อาการหุนหันพลันแล่นของเด็กจะทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่ได้รับมอบหมาย หรือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยความรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ประกอบกับอาการซนของเด็ก มักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้าวของเกิดความเสียหาย สำหรับอาการหุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นกับเด็กสมาธิสั้น

นั้น จะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ การดำเนินชีวิตในสังคม รวมถึงการทำงาน (Boon-yasidhi, 2012; Nakmit, 2016; Winatpatthama, 2021)

3. ไม่มีสมาธิหรืออาการขาดสมาธิ (Inattention) เป็นอาการที่สำคัญที่สุดและพบได้บ่อยในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่มักพบว่าเด็กไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมที่จะต้องใช้เวลาในนานๆ ได้ตามสมควรกับช่วงวัยที่เด็กควรจะทำได้ มักพบว่าเด็กแสดงออกด้วยการเหม่อลอย ไม่สามารถสนใจฟังสิ่งที่คนอื่นพูดด้วยอย่างตั้งใจ ในขณะที่เดียวกันจะมีสมาธิกับสิ่งเร้าที่มีการเคลื่อนไหว และทำได้นาน เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ไม่ตั้งใจทำงานที่ต้องใช้ความพยายาม ทำงานไม่เสร็จหรือไม่เรียบร้อย โดยเฉพาะงานที่ต้องกระทำโดยใช้ความละเอียดหรือความรอบคอบเด็กจะทำได้ไม่ดี วอกแวก มักตามสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ไม่มีความสำคัญดึงดูดความสนใจได้ง่าย ไม่จดจ่อกับรายละเอียดกับการทำกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นระบบ ความจำสั้น หลงลืมกิจกรรมที่ควรทำเป็นประจำ หรือทำของหายบ่อย และมีปัญหาในการจัดระเบียบ ไม่สามารถวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือเมื่อมีการวางแผนแล้วก็มักไม่สามารถทำตามแผนได้ อาการสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อการทำงาน และการดำเนินชีวิต เด็กจึงมักจะหลีกเลี่ยงหรือมีความลังเลที่จะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องมีการใช้สมาธิ และอาการขาดสมาธิมักจะเป็นต่อเนื่องถึงวัยผู้ใหญ่ (Boon-yasidhi, 2012; Nakmit, 2016; Winatpatthama, 2021)

สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยการเกิดโรคสมาธิสั้นยังไม่มีหลักฐานการเกิดที่ชัดเจน แต่มีความเชื่อได้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้นอาจจะเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกันมากกว่า 1 ปัจจัย โดยปัจจัยที่ทำให้เด็กโรคสมาธิสั้นเกิดจากปัญหาพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางจิตสังคม สำหรับปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไขที่สาเหตุดังกล่าวได้ ส่วนปัจจัยที่สามารถจัดการแก้ไขได้ในบทบาทของพยาบาล คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว กิจกรรมสุขภาพครอบครัว การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Ngamkum & Yunibhan, 2013) สภาพแวดล้อมในครอบครัวด้านสัมพันธภาพ และพฤติกรรมการเป็นแม่ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อการเกิดโรคสมาธิสั้นได้ ดังนี้

ปัจจัยด้านพันธุกรรม (heritability)

โรคสมาธิสั้น เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของตำแหน่งยีน ปัจจุบันยังไม่สามารถทราบตำแหน่งของยีนที่ผิดปกติได้ชัดเจน ยีนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ โดปามีน รีเซพเตอร์ ดีโฟ (dopamine receptor D4, DRD4) (Hongsaungsri, 2012) เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ความสนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และมีการศึกษาพบว่า แผลไขใบเดียวสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 51 และแผลไขคนละใบสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 33 พี่ชายหรือน้องชายของเด็กโรคสมาธิสั้นสามารถถ่ายทอดโรคสมาธิสั้นได้สูงกว่าคนปกติทั่วไปได้ 5 เท่า ครอบครัวที่มีประวัติบุคคลเป็นโรคสมาธิสั้น จะพบเด็กโรคสมาธิสั้นได้ ร้อยละ 20 – 25 นอกจากนี้ยังมีการเปรียบเทียบพี่น้องคนละพ่อคนละแม่กับพี่น้องที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกันที่เป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า เด็กที่เกิดจากพ่อแม่คนเดียวกันจะเป็นโรคสมาธิสั้นในอัตราที่สูงกว่าเด็กที่เกิดจากคนละพ่อคนละแม่กัน จึงเชื่อว่า ร้อยละ 90 สาเหตุการเกิดโรคสมาธิสั้นมาจากพันธุกรรม (Pityaratstian, Booranasuksakul, Juengsiragulwit, Benyakorn, 2014)

ปัจจัยด้านประสาทวิทยา (Neurobiology)

ความผิดปกติในระบบประสาท ภาวะต่างๆ ที่รบกวนการทำงานของสมอง เช่น ใช้สมองอักเสบ ลมชัก โรคพยาธิในสมอง การติดเชื้อหัดเยอรมันระหว่างตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ ทารกคลอด ก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อย สมองขาดออกซิเจนขณะคลอดหรือได้รับบาดเจ็บขณะคลอด โรคขาด สารอาหาร อุบัติเหตุทางสมอง การได้รับสารพิษ ได้แก่ สารตะกั่ว จะทำให้เกิดอาการของโรคสมาธิสั้นได้ จึงมีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง พฤติกรรม และพัฒนาการของเด็กในด้านสติปัญญา มีการศึกษา เปรียบเทียบเกี่ยวกับปริมาตรสมอง ของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นกับคนที่ไม่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น พบว่า ปริมาตรสมองของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 3 – 4 มีปริมาตรน้อยกว่าผู้ป่วยปกติที่ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น โดย ร้อยละ 50 ปริมาตรของสมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ลดลง ซึ่งเป็นสมองส่วนที่ควบคุมสมาธิ และการยับยั้งชั่งใจ (Chaturongkakul, 2022) แต่บางการศึกษา พบว่า ตำแหน่งของสมองที่มีความ ผิดปกติ ยังพบได้ที่สมองส่วนหลัง (cerebellum) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย และส่วน หนึ่งของสมองส่วนหน้า (Basal Ganglia) ที่ทำหน้าที่ควบคุมประสานงานการเคลื่อนไหว ความตึงตัวของ กล้ามเนื้อ (Muscle Tone) และมีผลต่อความจำ (Keawkungwal, 2013) ในปัจจุบันผลการศึกษาที่ได้มี การใช้เครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น เครื่องตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, MRI) และการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Positron Emission Tomography Scan หรือ PET Scan) ทำให้การศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของสมองและระบบประสาทมีความแม่นยำ มากขึ้น สามารถอธิบายสาเหตุของโรคสมาธิสั้น ว่าเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติของใยประสาทมากกว่า ความเสียหายที่สมอง (Brain Damage) (Keawkungwal, 2013, Cloud Hospital, 2021)

ปัจจัยด้านสารสื่อประสาท (neurotransmitter)

สารสื่อประสาทในสมองเกิดความไม่สมดุล อาจเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมของยีนบางตัว ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมหลังโดปามีน รีเซพเตอร์ (Dopamine Receptor) ผิดปกติ หรืออาจเกิดจากการ ตอบสนองของการกระตุ้นประสาทของเมทิลเฟนิเดท (Methylphenidate) น้อย มีการศึกษามากมาย ทั้งในคนและในสัตว์ โดยใช้เลือด ปัสสาวะ และน้ำไขสันหลัง พบผลการศึกษาที่คาดว่ามีการสื่อสารประสาท มากกว่า 1 ตัว มีความผิดปกติ แต่ไม่มีหลักฐานจากการศึกษาใดที่จะสามารถนำมาสรุปได้อย่างชัดเจน บางผลการศึกษาพบว่าเกิดจากความบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ โดปามีน (Dopamine) นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโตนิน (Serotonin) ส่งผลให้เด็กไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ แม้จะพยายามควบคุมตัวเองแล้วก็ตาม (Sirirutratraykha, 2022)

ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม

เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีข้อจำกัดในด้านการ ควบคุมความยับยั้งชั่งใจและความจำในการใช้งาน (Maskasame, 2020) จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้าน จิตสังคมและสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นโดยตรง แต่ส่งผลต่อการดำเนินโรคและ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น ที่มีแนวโน้มทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและความรุนแรงของ พฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น (Piyasil & Ketmarn, 2002) เนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ และความไม่ เหมาะสมของสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ประกอบกับพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมีปัญหาทางจิตใจ เช่นเดียวกัน หากพ่อแม่มีการเลี้ยงดูที่ไม่ดี อาจทำให้เด็กมีอาการกลายโรคนี้ได้ และในเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นหากได้รับ การเลี้ยงดูแบบตามใจ หรือไม่มีการระเบียบจะทำให้เด็กมีอาการมากขึ้นได้ตามมา และจากการศึกษาพบว่า เด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลโดยมีการกำหนดเวลาสำหรับการกิจวัตรประจำวันของเด็กอย่างชัดเจน แต่ทำบ้างไม่ทำบ้างจึงมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กในด้านของความสม่ำเสมอ นำมาซึ่งการขาดวินัยในเด็ก

ได้ นอกจากนี้ในช่วง 3 ปีแรกของเด็กที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ของสิ่งแวดล้อม ประกอบกับความสัมพันธ์ของพ่อแม่ไม่ดีจะมีส่วนทำให้เด็ก เกิดอาการของโรคสมาธิสั้น แสดงพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นได้ และพบว่า ร้อยละ 85 ของเด็กที่พ่อแม่มีการโต้แย้งกันบ่อย เด็กสมาธิสั้นวัยเรียน จะมีปัญหาทางพฤติกรรม โดยปัญหาพฤติกรรมที่พบได้มากที่สุด คือ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง การที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจไม่ดี รายได้ไม่เพียงพอ ก็จะเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคสมาธิสั้นแย่ลง เนื่องจากมีส่วนทำให้เด็กไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ (Soikum, 2013) สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคสมาธิสั้น แต่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ เช่น อาหารบางชนิด สีส้มอาหาร สารกันบูด เป็นต้น พ่อแม่ของเด็กโรคสมาธิสั้นกล่าวว่าเด็กมีอาการดีขึ้นหลังให้เด็กหยุดรับประทานอาหารประเภทขนมหวานและช็อกโกแลต (Lotrakul, 2001)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายๆ ปัจจัยรวมกัน ซึ่งแต่ละปัจจัยมีความสำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมของเด็กมากน้อยแตกต่างกันออกไป รวมไปถึงผู้ดูแลเด็กโดยเฉพาะแม่ผู้ซึ่งมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดที่ทราบหรือสามารถสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของเด็กได้ และอาจรวมไปถึงสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กด้วย จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนโรคสมาธิสั้นสามารถแบ่งได้ ดังนี้

ปัจจัยที่เกิดจากตัวเด็ก

1. เกิดจากความผิดปกติของร่างกายทางด้านชีวภาพ และการสูญเสียความสมดุลของสารเคมีในร่างกาย นอกจากนี้พบปัจจัยการได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะและมีผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือน ก็อาจจะมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปได้เช่นกัน (Soikum, 2013) โดยเด็กมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแบบที่ไม่เคยเป็นมาก่อน การศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการศึกษาทางสมองในเด็กโรคสมาธิสั้นพบว่า ปริมาตรเนื้อสมองส่วนหน้าและส่วนข้างเด็กโรคสมาธิสั้นจะน้อยกว่าปกติ รวมไปถึงขนาดของสมองและการทำงานของสารสื่อประสาทมีความผิดปกติก็สามารถทำให้เด็กมีปัญหาพฤติกรรมได้เช่นกัน (Sirirutratraykha, 2022)

2. โรคทางจิตเวชในเด็ก ร่วมกับพื้นฐานอารมณ์ของเด็กที่มีรูปแบบเป็นเด็กเลี้ยงยาก พบแนวโน้มในการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ง่าย เด็กที่มีลักษณะเลี้ยงยาก เอาแต่ใจตนเอง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย หุนหันพลันแล่น จึงมีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมก้าวร้าว นอกจากนี้หากเด็กมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นร่วมด้วยจะนำมาซึ่งการไร้ความสามารถในการควบคุมสมาธิได้น้อยหรือไม่ได้เลย เด็กจึงมีลักษณะพฤติกรรมที่มีการต่อต้านสังคมได้ (Ekathikhomkit, 2017)

3. ลักษณะที่มีความเฉพาะ และความเป็นตัวตนของเด็ก เช่น เพศ ส่วนใหญ่จะพบปัญหาพฤติกรรมในเด็กหญิงน้อยกว่าเด็กชาย อายุ มักจะเกิดปัญหาในเด็กที่มีอายุน้อยกว่าเด็กที่มีอายุมาก รวมทั้งความแตกต่างของระดับความสามารถทางความคิดและทางอารมณ์ โดยปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ของเด็กสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามช่วงวัยตามพัฒนาการของเด็ก ร่วมกับสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเด็กในแต่ละช่วงวัย (Sirirutratraykha, 2022)

ปัจจัยที่เกิดจากครอบครัวของเด็ก

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยเกิดจากครอบครัวของเด็ก เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ เด็กที่ครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรงเนื่องจากเด็กไม่ได้เข้ารับการรักษา นอกจากนี้รูปแบบครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง แยกกันอยู่ เด็กกลุ่มนี้จะขาดความอบอุ่น ขาดที่พึ่งทางอารมณ์ เด็กกับ

พ่อแม่มีปัญหากันในเรื่องของสัมพันธภาพ เด็กจึงไม่สามารถได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง ประสบการณ์ที่พบเจอไม่ดี ไร้ซึ่งความสุข ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวที่รุนแรงที่เด็กต้องเผชิญส่งผลให้เด็กเกิดความหวาดระแวง และเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมก้าวร้าวได้ แม้แต่สภาพแวดล้อมที่วุ่นวาย สับสน ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกใช้ชีวิตโดยปราศจากการวางแผน ไม่มีแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้ปฏิบัติตาม จะส่งผลให้เด็กสมาธิสั้นมีอาการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลระยะยาวในเรื่องของบุคลิกภาพในอนาคตของเด็กได้ตามมาอีกด้วย การเลี้ยงดูของพ่อแม่ที่ขาดระเบียบวินัย พ่อแม่ที่เลี้ยงดูแบบตามใจ อาจมีผลทำให้เด็กมีปัญหาในด้านพฤติกรรมได้ตามมา ทั้งในส่วนของการปฏิบัติที่ไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบหรือแม้แต่เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่มีการเข้มงวดมากเกินไป อาจมีผลทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง (Trangkasombat, 2003) นอกจากนี้ยังพบรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่แบบประชาธิปไตยการเลี้ยงดูแบบวางเงื่อนไข ใช้เหตุผล การเลี้ยงดูแบบทะนุถนอม การเลี้ยงดูแบบควบคุมเข้มงวดและการเลี้ยงดูแบบผสมผสานระหว่างแบบประชาธิปไตยกับแบบวางเงื่อนไขใช้เหตุผลมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นที่ $0.000 p < 0.01$ (Soikum, 2013) และปัจจัยอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดจากครอบครัวของเด็ก คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชของพ่อแม่ พ่อแม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ ก็จะส่งผลให้เด็กมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีปัญหาได้ โดยจะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่รุนแรงเมื่อเด็กเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย เด็กจะแสดงการต่อต้านท้าทายเมื่อโดนขัดใจ เกิดอาการวิตกกังวล ตื่นเต้น ตกใจได้ง่ายเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย และอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตามมา (Johnston, 1996)

ปัจจัยทางสังคม

เมื่อพิจารณาตามธรรมชาติของเด็ก พบว่า เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านความเจริญเติบโต วุฒิภาวะการเรียนรู้และความต้องการต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงอายุและพัฒนาการตามวัย เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังมีความอยากรู้อยากเห็น สิ่งใหม่ๆ ที่เข้ามาในชีวิตและมีความหลากหลาย (Chumai, 2016) จะเป็นปัญหาในทุกด้านสำหรับเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นเป็นอย่างมาก เช่น เมื่อเด็กไปโรงเรียน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนได้ เล่นกับเพื่อนไม่เป็น หรือมีการเล่นที่รุนแรง แสดงออกทางอารมณ์ที่รุนแรงโดยที่เด็กไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือพฤติกรรมของตนเองได้ (Chaturongkakool, 2022)

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กโรคสมาธิสั้น

เด็กสมาธิสั้นมักมีปัญหาพฤติกรรมมากกว่าเด็กปกติ ซึ่งปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นมีทั้งปัญหาพฤติกรรมหลักตามอาการของโรค และยังมีปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ ร่วมด้วยโดยมีลักษณะแตกต่างกันออกไปในเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน โดยลักษณะของพฤติกรรมที่มีปัญหาของเด็กสมาธิสั้นเด่นชัดที่สุด แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มอาการ คือ อาการไม่มีสมาธิ ซุกซนอยู่ไม่นิ่ง และอาการหุนหันพลันแล่น ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาร่วมจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับพัฒนาการและอายุของเด็กสมาธิสั้นแต่ละคน (Nakmit, 2016) จากการศึกษา พบว่า เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นมีปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ร้อยละ 63.70 พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 60.80 พฤติกรรมด้านอารมณ์ ร้อยละ 52.90 พฤติกรรมเกร ร้อยละ 39.20 และพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 43.20 นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของปัญหาทางพฤติกรรมที่มีต่อบุคคลรอบข้างหรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันของเด็กในระดับที่มีปัญหาเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด ร้อยละ 60.78 รองลงมา คือ ระดับเสียง ร้อยละ 28.44 และระดับปกติ มีสัดส่วน น้อยที่สุด ร้อยละ 10.78 ผลกระทบที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของเด็กวัยเรียนที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจในระดับค่อนข้างมาก คิดเป็นร้อยละ 44.12 พฤติกรรมดังกล่าวยังรบกวน

ชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่างๆ เช่น ด้านความเป็นอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 41.20 ด้านการคบเพื่อนร้อยละ 55.90 ด้านการเรียนในห้อง ร้อยละ 43.10 (Soikum, 2013)

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นที่เกิดขึ้นในเด็กวัยเรียน

โรคสมาธิสั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งในระยะยาวและระยะสั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โรคสมาธิสั้นจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อเด็ก ครอบครัว และสังคม ดังนี้

ผลกระทบต่อเด็ก

ในบทความนี้แบ่งผลกระทบเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านการศึกษา ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อเด็กด้านร่างกาย จากอาการชุนมาก อยู่ไม่นิ่ง ทำกิจกรรมต่างๆ หรือเล่นที่ผาดโผน และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง เช่น กระตุกหัก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน และเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยได้บ่อยๆ ร้อยละ 50 จะมีปัญหาในส่วนของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็ก ผลที่ตามมา คือ เด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่จะไม่สามารถเขียนหนังสือให้สวยงามได้ ทำกิจกรรมคู่มือกระฉับกระเฉง (Trangkasombat, 2003) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของเด็กโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับต่ำอีกด้วย (Pongwilairat, Louthrenoo, Charnsil & Witoonchart, 2005) 2) ผลกระทบต่อเด็กด้านจิตใจ การที่เด็กควบคุมอารมณ์ของตนอันเกิดจากโรคสมาธิสั้นไม่ได้ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้ง่ายเมื่อโดนขัดใจ คือ โมโห หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน เมื่อโกรธจะแสดงพฤติกรรมรุนแรง เช่น ชกต่อยเพื่อน ตะโกนส่งเสียงดัง มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ได้ตามมาในอนาคต (Srimakutphun, 2007) นอกจากนี้เด็กยังรู้สึกเป็นปมด้อย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตนเองเป็นตัวปัญหา ไม่เป็นที่ต้องการของใคร เรียนไม่ดี โดยกดดันจากพ่อแม่ เด็กจะยังรู้สึกแย่นำมาซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าวได้ (Juengsiragulwit, Pityaratstian & Nimnuan, 2012) 3) ผลกระทบต่อเด็กด้านสังคม เด็กไม่เป็นที่ต้องการของเพื่อนเนื่องจากการที่เด็กเล่นกับเพื่อนแบบรุนแรง เช่น ชอบแหย่ แกล้ง หรือเล่นกับเพื่อนรุนแรง โดยที่ตนเองไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ จึงทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับเพื่อนหรือสังคมได้ (Ngamkum & Yunibhan 2013) เด็กจึงแยกตัว เล่นคนเดียว และการที่เด็กจะขาดการเข้ากลุ่มเพื่อน โดนเพื่อนล้อ ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้ (Trangkasombat, 2003) 4) ผลกระทบต่อเด็กด้านการศึกษา เด็กโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 30 - 40 จะมีปัญหาด้านการเรียนบกพร่อง (Learning Disabilities, LD) อ่านสะกดคำไม่ได้ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือผิด บวกเลขไม่ได้ สอบตก ซ้ำชั้น (Patjanasootorn, Singkhom-ard, Unphrai, Srisawat, Udomsin & Kittisiriwattanukul, 2011) ไม่มีสมาธิหรือหรือมีความสนใจในการเรียนหรือทำงานขณะที่อยู่ในห้องเรียนได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้เรียนไม่รู้เรื่อง ไม่สามารถเข้าใจในสิ่งที่คุณครูสอน ผลการเรียนตกต่ำ แม้ว่าจะมีสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ (Lakanapichitkul, 1997) ทำให้เด็กต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรม ทำการบ้านมากกว่าเด็กปกติทั่วไป หากเด็กสมาธิสั้นรายใดที่มีภาวะระดับสติปัญญาดำร่วมด้วยก็จะยิ่งทำให้เด็กประสบปัญหาด้านการเรียน การทำงาน ส่งผลต่ออนาคตคือเด็กจะไม่ประสบความสำเร็จทางด้านการเรียนหรือการทำงานได้

ผลกระทบต่อครอบครัว

ปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมาธิสั้นมีผลต่อครอบครัวของเด็กหลายๆ ด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ ครอบครัวหรือผู้ดูแลอาจจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลให้เกิดปัญหาดังกล่าว คือ ผลการเรียนเฉลี่ยของเด็กที่ดูแล (Chalotorn, 2021) ครอบครัวมักจะเกิดความเครียดเมื่อ

จัดการกับพฤติกรรมของเด็กไม่ได้ ความเครียดของพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเด็กสมาธิสั้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความเครียดระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดหลักแบบมุ่งจัดการกับปัญหา คิดเป็นร้อยละ 91.3 โดยปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของแม่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และความรู้ของแม่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน และความรู้ของแม่เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น (Sangridech & Wacharasindhu, 2019) ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เกิดจากการที่พ่อแม่มีการว่ากล่าวและโยนความผิดให้แก่กันในการทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูลูก เพื่อหาสาเหตุที่ทำให้บุตรเกิดการเจ็บป่วย ทำให้เกิดการผลักระยะการเลี้ยงดูให้เป็นหน้าที่ของอีกฝ่ายนำมาซึ่งการทะเลาะ ครอบครัแตกแยกและเกิดการหย่าร้างตามมา (Trangkasombat, 2003) 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่อง จึงทำให้ครอบครัวเกิดภาระที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

ผลกระทบต่องสังคม

มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 55 ของคนที่ติดสารเสพติดเป็นโรคสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ และเมื่อติดสารเสพติดแล้วระยะเวลาในการติดกันนานกว่าคนทั่วไป หากเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นได้รับการรักษาจะลดโอกาสในการติดสารเสพติดได้ ร้อยละ 50 (Trangkasombat, 2003) และเมื่อเด็กโรคสมาธิสั้นเข้าสู่วัยรุ่น นำมาซึ่งปัญหาการทำผิดกฎหมายได้ เช่น ลักขโมย พกพาอาวุธ ขยายบริการทางเพศ ก่อคดีอาชญากรรม มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน

การรักษาเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน นอกจากจะดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว การเปิดโอกาสให้พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะต่างๆ ที่ยังขาดอยู่ จะเกิดผลดีต่อเด็กในด้านการเรียน และการใช้ชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเอง ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก ที่จะส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีแก่เด็กโรคสมาธิสั้น ดังนี้

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้

การประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นของพ่อแม่ และครู รวมถึงการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลจะเน้นให้พ่อแม่ และครูได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองโรค และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นเพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแล มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน (Srisamurt, 2021)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับผู้ปกครอง

การซักประวัติพ่อแม่ ผู้ปกครองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น การสัมภาษณ์จะต้องครอบคลุมอาการของโรค ระยะเวลาของอาการ อายุที่เริ่มมีอาการ สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการและผลกระทบของอาการต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านการเรียนและสังคม และต้องครอบคลุมถึงประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด พัฒนาการด้านต่างๆ ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ ประวัติโรคทางกายที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคล้ายโรคสมาธิสั้น ลักษณะการเลี้ยงดู รวมทั้งประวัติอาการของโรคทางจิตเวชอื่นที่มักพบร่วมด้วยโดยเฉพาะโรคในกลุ่มปัญหาพฤติกรรม (Sinrachatanant & Tankam, 2017) เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ระบายความรู้สึก จัดกลุ่มให้ผู้ปกครองร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงการให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่ง

เราส่งเสริมการสร้างสมาธิให้กับเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียน แนะนำการจัดตารางเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ปกครองให้กำลังใจและให้รางวัลเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนพัฒนาทักษะต่างๆ ของตนเองได้ (Srisamurt, 2021)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนร่วมกับครู

ครูเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยเหลือให้เด็กโรคสมาธิสั้นวัยเรียนเรียนได้ดี พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำครูในการให้การช่วยเหลือ เช่น การจัดกิจกรรมประจำวันต้องคงที่ มีตารางที่แน่นอน จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ เน้นถึงความปลอดภัย ลดการกระตุ้น โดยตำแหน่งที่ให้เด็กนั่งควรเป็นหน้าชั้นเรียนหรือใกล้ครูมากที่สุด ไม่ใกล้ประตูหรือหน้าต่างที่มองเห็นข้างนอก มีกฎระเบียบที่ชัดเจนที่ทุกคนในห้องต้องปฏิบัติ สื่อสารด้วยคำพูดที่กระชับ ชัดเจนและมีความเข้าใจง่าย มอบหมายงานหรือการบ้านโดยการเขียนให้ชัดเจน หลีกเลี่ยงการสั่งงานด้วยวาจา ให้รางวัลเมื่อปฏิบัติได้ดี ให้การช่วยเหลือด้านการเรียนในทักษะการอ่าน เขียน และฟัง แนะนำครูให้สร้างความรักเข้าใจกับเพื่อนของเด็กให้เห็นใจ ไม่ล้อเลียน และควรช่วยเหลือเพื่อน (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2017; Manarom Hospital, 2021; Srisamurt, 2021)

บทสรุป

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบได้มากในเด็กวัยเรียนและเป็นอุปสรรคต่อการเรียนของเด็กมาก เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมักจะขาดทักษะหลายอย่างที่เด็กอื่นๆ มี เช่น การควบคุมตนเอง การคิดก่อนทำการยับยั้งชั่งใจตนเอง ความรับผิดชอบ การบริหารเวลา และการมีวินัย การช่วยเหลือเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นนั้น นอกจากแพทย์จะให้ ยาเกินเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว พ่อแม่และครูมีส่วนช่วยอย่างมาก ในการฝึกทักษะหลายประการที่เด็กสมาธิสั้นยังขาดอยู่ การฝึกทักษะที่ดีให้เกิดขึ้นก่อนจึงมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันเด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมไม่ดีจนติดเป็นนิสัยไปจนโต การฝึกทักษะมักต้องใช้เวลาานาน ต้องอาศัยความอดทน ความเอาใจจริงเอาใจ ความสม่ำเสมอ และความร่วมมือของพ่อแม่อย่างมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กสมาธิสั้น เช่น ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ การแสดงออกทางสังคม อาการชุกชุน อยู่ไม่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่น และไม่มีสมาธิหรืออาการขาดสมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์โกรธและบกร่องทางการสื่อสาร จากการศึกษาที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ออกมา รวมถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวได้แก่การเลี้ยงดูแบบทอดทิ้ง ไม่สนใจ ไม่มีระเบียบวินัย พ่อแม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอารมณ์ไม่มั่นคง เด็กจะเลียนแบบและซึมซับพฤติกรรมก้าวร้าวขึ้นมา ตลอดทั้งพ่อแม่ไม่เข้าใจเรื่องการดูแลและการปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องขาดระเบียบวินัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

จากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนากิจกรรมหรือแนวทางการพยาบาลเพื่อที่จะช่วยลดปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับเด็กโรคสมาธิสั้น หรือส่งเสริมแนวทางในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นที่จะช่วยจัดการหรือควบคุมปัจจัยที่สามารถจัดการกระทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

รายการอ้างอิง

- Boon-yasidhi, V. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(4), 373 – 386.
- Chalotorn, P. (2021). Prevalence and Associated Factors of Depression Among The Primary Caregivers of Patients with ADHD at Chaophrayayommarat Hospital in Thailand. *Medical Journal*, 40(3), 429 – 438.
- Chaturongkakool, C. (2022). *Short attention span is closer to the child than I thought*. Retrieved October 10, 2022, from <https://www.bangkokhospital.com/content/adhd-disorder>
- Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. (2019). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Retrieved October 8, 2022, from <https://new.camri.go.th/Service/Chumai>, T. (2016). Early Childhood Growth and Development. *Hua Hin Sook Jai Khai Kangwon Journal*. 1(2). 18 – 33.
- Cloud Hospital. (2021). *Pediatric Neurology*. Retrieved December 1, 2022, from <https://icloudhospital.com/th/departments/>
- Department of Mental Health. (2018). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Retrieved October 8, 2022, from THAIDMH/posts/754737428029809
- Ekathikhomkit, N. (2017). Child Temperament and Parental Stress. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 31(3). 17 – 29.
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2022). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Retrieved October 8, 2022, from <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2481>
- Hongsanguansri, S. (2012). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. In Lortrakool, M. & Sukanich, P. *psychiatry Ramathibodi* (3rd ed.). (495 – 505). Bangkok: RamaHospital. (in Thai)
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85 – 104.
- Juengsiragulwit, D., Pityaratstian, N., & Nimnuan, C. (2012). The Efficacy of Brief Group Cognitive Behavioral Therapy in Children with ADHD. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(1). 19 - 28.
- Keawkungwal, S. (2013). *special child psychology*. In Weerakitkosol, J. *ADHD and Hyperactivity* (3rd ed.). (376 – 394). Bangkok: Pimdee.
- Lakanapichitkul, D. (1997). *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD*. *Sukhothai Thammathirat Open University Journal*, 10(1), 94 – 101.
- Lotrakul, P. (2001). *Student Mental Health Handbook*. Bangkok: Wongkamon. (in Thai)
- Manarom Hospital. (2021). *ADHD*. Retrieved December 1, 2022, from https://www.manarom.com/blog/adhd_disorder.html

- Maskasame, K. (2020). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescence. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 16(2), 75 – 102.
- Nakmit, T. (2016). *The Influence of Selected Factors on Mothers' Perception of Behavioral Problems in School-age Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Retrieved from Master of Nursing Science (pediatric), Prince of Songkla University.
- Ngamkum, D. & Yunibhan, J. (2013). Relationships Between Family Factors And Behavioral Problems In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Eastern Region. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 27(1), 16 – 28.
- Patjanasoonorn, N., Singkhom-ard, J., Unphrai, P., Srisawat, W., Udomsin, C., & Kittisiriwattanukul, O. (2011). Learning and Behavioral Problems in a Demonstration School Children, Education level 1 (Grade 1 – 3) in Khon Kaen Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 56(4). 345 – 351.
- Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D. & Benyakorn, S. (2014). ADHD Screening Properties of the thai Version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 59(2). 97 - 110.
- Piyasil, W. & Ketmarn, P. (2002). *ADHD*. In Piyasil, W. & Ketmarn, P. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. (209 – 219). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Pongwilairat, K., Louthrenoo, O., Charnsil, C. & Witoonchart, C. (2005). Quality of Life of Children with Attention-Deficit/Hyper Activity Disorder. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 88(8). 1062 – 1066.
- Rajanagarindra Institute of Child Development. (2017). *A guide to screening and adjusting behavior for children with ADHD for Parents: Rajanagarindra Institute of Child Development*, Siampimnana: Chiangmai. (in Thai)
- Rajanagarindra Institute of Child Development. (2017). *Knowledge of ADHD and and the role of teachers in caring for children with ADHD*, Siampimnana: Chiangmai. (in Thai)
- Sangridech, M. & Wacharasindhu, A. (2019). Stress, coping behaviors and related-factors in mothers of child with ADHD at Outpatient Department of Child and Adolescent Psychiatric Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med Bull*, 1(5), 451 – 461.
- Sinrachatanant, A. & Tankam, T. (2017). *Guidelines for the care of child and adolescent psychiatric disorders*. (69 – 79). Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of thailand. (in Thai)
- Sirirutraykha, T. (2022). *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*. Retrieved October 8, 2022, from <https://www.happyhomeclinic.com/sp03-adhd.htm>

- Srimakutphun, N. (2007). *The Correlation between Self-Esteem and Parenting Styles of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Attending Child Psychiatric Outpatient Unit of King Chulalongkorn Memorial Hospital*. Retrieved from Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University Description.
- Srisamurt, A. (2021). Nurse' roles in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Maharakham Hospital Journal*. 18(2). 140 – 147.
- Soikum, K. (2013). *Behavioral problems in school-aged children with ADHD*. Retrieved from Faculty of Public Health, Chiang Mai University is University.
- Thavorncharoensap, M. (2019). *ADHD: drug treatment*. Retrieved December 2, 2022, from <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/479>
- Trangkasombat, U. (2003). *Meditate for your child*. Bangkok: Sunta.
- Winatpatthama, C., (2021). *Mental health problems of children, adolescents and school age* Retrieved October 10, 2022, from <http://sesao24.go.th/web/wp-content/uploads/2021/09>

การจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลสุรินทร์

สายใจ คงพานิช, นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการบริหารการพยาบาล

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, e-mail; saijai070907@gmail.com

สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, e-mail; pusomjai@gmail.com

ณัฐรินทร์ ดิษฐศิระพงศ์, โรงพยาบาลสุรินทร์, e-mail; natjungmsk@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของอุณหภูมิแกนกลางในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่และได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และ กลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) เครื่องวัดอุณหภูมิในช่องหูเพื่อวัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย ซึ่งได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานของโรงพยาบาล 3) เครื่องมือการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ เครื่องเป่าลมร้อน และ ผ้าห่มอุ่นใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ มีอุณหภูมิแกนกลางใน 3 ระยะ คือก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด สูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t 1.591, 5.557 และ 4.493)

คำสำคัญ: อุณหภูมิร่างกายต่ำ, การผ่าตัดใหญ่, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย, การจัดการทางการแพทย์

Nursing Management to Prevent Hypothermia in Patients Undergoing Major Surgery with General Anesthesia, Surin Hospital

Saijai Kongphanit, Graduate student Master of Nursing Program in Nursing Administration, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat University, e-mail: saijai070907@gmail.com

Somjai Puttapitukpol, Associate Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat University, e-mail: pusomjai@gmail.com

Nattarin Ditsirapong, Lecturer, Surin Hospital, e-mail: natjungmsk@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to compare core temperature of patients undergoing major surgery with general anesthesia between the patients who received nursing management for hypothermia prevention and the patients who received routine nursing care. The sample population was fifty patients who underwent major surgery with general anesthesia. Twenty-five samples were assigned into the experimental group and the remaining twenty-five were a control group. The research instruments included: 1) general data form, 2) tympanic membrane thermometer to measure core temperature which met the standard of the hospital, and 3) nursing management tools for preventing hypothermia such as, forced-air warming and “Aun Jai” blanket. Content validity of the instruments were examined by 3 experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results found that core temperature in all 3 phases-- prior to surgery, during surgery and after surgery-- of the patients in the experimental group was significantly higher than those in the control group (t 1.591, 5.557 และ 4.493, $p < 0.05$).

Keywords: Hypothermia, Major surgery, General anesthesia, Nursing Management

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยเฉพาะในการผ่าตัดใหญ่ (Major Surgery) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 2 ชั่วโมง และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้สูง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายได้ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ สามารถพบได้ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียความร้อนจากร่างกายในขณะผ่าตัด จากการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลงร้อยละ 20-30 อุณหภูมิแกนกลาง (Core Temperature) ของร่างกายลดลง (Jirasiritham, 2016) และทางผิวหนังจากการที่ได้รับสารน้ำและเลือดที่มีอุณหภูมิต่ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดผิวหนัง การล้างแผลผ่าตัดด้วยน้ำเกลือที่เย็น การให้พื้นที่ผิวหนังสัมผัสกับอุณหภูมิที่เย็นของห้องผ่าตัด รวมทั้งการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่สำคัญและรุนแรงต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบหัวใจ หัวใจขาดเลือด (Laosuwan, 2020) ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ผลต่อระบบหายใจทำให้ปริมาณการใช้ออกซิเจนและการขับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลงเป็นสัดส่วนกับเมตาบอลิซึมที่ลดลง ส่งผลให้ออกซิเจนเข้าสู่เนื้อเยื่อลดลง เลือดมีภาวะเป็นกรดเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ผลต่อระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึกช้า รวมทั้งในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังก่อให้เกิดภาวะหนาวสั่น (Shivering) กล้ามเนื้อหดเกร็งที่ส่งผลให้ปวดแผลผ่าตัดมากขึ้นผู้ป่วยไม่สบาย และ มีความวิตกกังวลมากขึ้น (Laosuwan, 2020)

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีปริมาณการผ่าตัดเฉลี่ย 17,000 รายต่อปี เป็นการผ่าตัดใหญ่ประมาณ 1,216 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 7.15 ของการผ่าตัดทั้งหมด ใช้เวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยร้อยละ 3.2 ชั่วโมง (Anesthesiology Surin Hospital, 2019) จากการสังเกตและทบทวนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่และการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินอุณหภูมิร่างกายในระยะผ่าตัด ร้อยละ 0.54 มีการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยหลากหลายวิธีทำให้ได้ผลลัพธ์ ที่แตกต่างกันโดยพบว่าในระยะผ่าตัดมีการใช้อุปกรณ์เป่าลมอุ่นไหลเวียน (Forced Air Warming) เพียงร้อยละ 40 จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังคงเป็นปัญหาของหน่วยงาน

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสุรินทร์ จึงมีความสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาการจัดการการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยการใช้ผ้าห่มที่ผู้วิจัยได้ประดิษฐ์ขึ้นจากผ้าห่อ set ผ่าตัด ซึ่งมีคุณสมบัติป้องกันอุณหภูมิที่เย็นจากสิ่งแวดล้อมเข้าสู่ตัวผู้ป่วย และสามารถให้ลมอุ่นผ่านเข้าสู่ตัวผู้ป่วยได้เมื่อใช้ร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน โดยขั้นตอนในห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้ห่มผ้าห่มอุ่นและในขณะผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มอุ่นซึ่งจะใช้ร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อน การให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำในห้องผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่นในห้องพักฟื้น ซึ่งการจัดการการพยาบาลป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำทั้งสามระยะนี้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 ระยะเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ ซึ่งจะลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

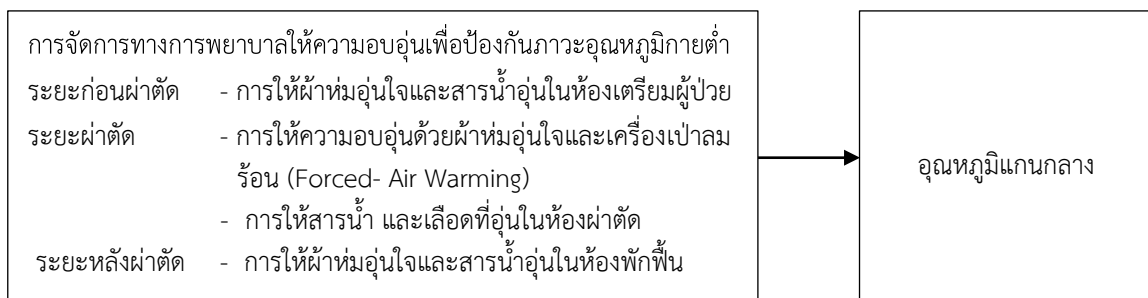
เพื่อเปรียบเทียบอุณหภูมิแกนกลางในผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ และกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการพยาบาลอบอุ่นร่างกายตามปกติ

สมมติฐาน

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีอุณหภูมิแกนกลางเฉลี่ยในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์ให้ความอบอุ่นร่างกายตามปกติ

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตัวของอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation) และการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายที่เกิดขึ้นได้ในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งการให้การระงับความรู้สึกจะส่งผลต่อกลไกการปรับตัวของอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำขั้นตอนการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ โดยการจัดการให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม (Quasi-Equivalent Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของอุณหภูมิแกนกลางในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและกลุ่มที่ได้รับการอบอุ่นร่างกายตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่ได้การระงับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power Analysis สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่อิสระต่อกัน กำหนดค่า Effect size 0.8, Alpha 0.05, Power 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และ กลุ่มควบคุม 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ และได้อนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอ

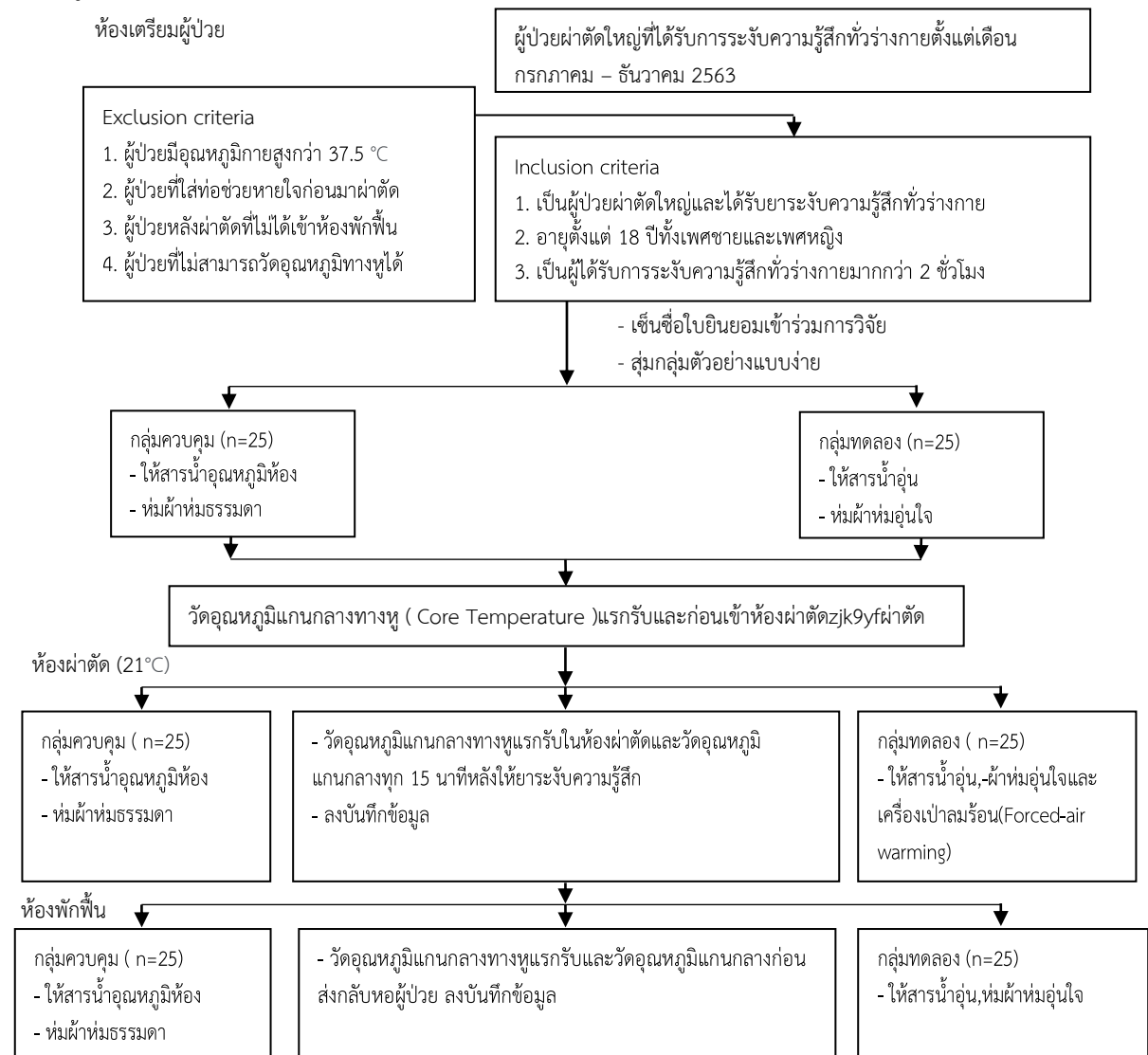
อนุญาตหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลสุรินทร์และลงในแบบบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) เครื่องวัดอุณหภูมิในช่องหูเพื่อวัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกาย ซึ่งได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานของโรงพยาบาล 3) เครื่องมือการจัดการการพยาบาลการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ได้แก่ เครื่องเป่าลมร้อน และ ผ้าห่มอุ่นใจ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Scale-Content Validity Index: S-CVI) เท่ากับ .89 ซึ่งในการดำเนินการวิจัยได้มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ขั้นตอนการทำวิจัย

การจัดการการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของอุณหภูมิแกนกลางเฉลี่ยในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์องค์การแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 03/2563 รับรองวันที่ 10 ม.ค. 2563 – 10 ม.ค. 2564 และผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ อว. 0602.26/750 วันที่ 30 ก.ค. 2563 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ถึง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาลหรือการบำบัดรักษาที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ เมื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆให้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทราบแล้ว และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป ในผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 52.00 อายุเฉลี่ย 52.30 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 62.64 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 160.32 เซนติเมตร มี ASA CLASS 2 เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 และส่วนใหญ่ร้อยละ 76.00 ไม่มีโรคร่วม ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุเฉลี่ย 52.36 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 60.48 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.80 เซนติเมตร มี ASA CLASS 2 เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 76. และส่วนใหญ่ร้อยละ 76.00 ไม่มีโรคร่วม

2. ข้อมูลชนิดของการผ่าตัด

ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการทางการแพทย์ให้ความอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่ากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการผ่าตัด Sigmoidectomy ร้อยละ 32.00, ส่วนกลุ่มทดลองพบว่าส่วนใหญ่มีการผ่าตัด MRM (Modified Radical Mastectomy) ร้อยละ 40.00

3. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอุณหภูมิห้อง เวลาการผ่าตัด การได้รับสารน้ำและการเสียเลือดในระยะผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความแตกต่างของข้อมูล อุณหภูมิห้องผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ปริมาณการให้สารน้ำ ปริมาณการเสียเลือด ปริมาณการให้เลือด และปริมาณน้ำล้างแผลผ่าตัดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอุณหภูมิห้อง ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการให้สารน้ำ การให้เลือด การเสียเลือด และสารน้ำล้างแผลผ่าตัด

ข้อมูลขณะให้ยาระงับความรู้สึก	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
อุณหภูมิห้องขณะผ่าตัด (°C)	19.96	.93	19.72	.94	0.907	0.369
ระยะเวลาในการผ่าตัด (ชม.)	3.59	1.55	3.52	.67	0.804	0.427
การให้สารน้ำ (มล.)	2014.00	1151.32	1932.00	642.07	.313	0.756
การให้เลือด (มล.)	95.60	169.73	95.20	162.38	0.009	0.993
การเสียเลือด (มล.)	288.50	222.33	377.60	195.60	-0.837	0.406
น้ำล้างแผลผ่าตัด (มล.)	424.00	334.20	380.00	281.36	0.504	0.617

* $p < .05$

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิแกนกลางของผู้ป่วย

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอุณหภูมิแกนกลาง ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ได้รับการจัดการเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ได้รับการพยาบาลให้ความอบอุ่นตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอุณหภูมิแกนกลางของผู้ป่วยในห้องเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

อุณหภูมิ (°C)	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนผ่าตัด	36.47	0.21	36.63	0.46	-1.59	0.012
ขณะผ่าตัด	35.88	0.39	36.39	0.30	-5.56*	0.000
หลังผ่าตัด	36.28	0.36	36.79	0.43	-4.49*	0.000

* $p < .05$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถนำมอภิปรายผลตามสมมุติฐาน ดังนี้

อุณหภูมิแกนกลางผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและได้รับการจัดการการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและได้รับการจัดการการพยาบาลให้ความอบอุ่นตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อทั้งสองกลุ่มได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ชัดขวางกลไกการปรับอุณหภูมิของร่างกายและการสูญเสียความร้อนจากร่างกายให้กับสิ่งแวดล้อม จากการนำความร้อน การพาความร้อน การแผ่รังสีความร้อนและการระเหยซึ่ง พบว่าร้อยละ 85 ของการสูญเสียความร้อนจากร่างกายเกิดจากกระบวนการนำความร้อนและการแผ่รังสีความร้อน ดังนั้น เมื่อกลุ่มทดลองได้รับการจัดการการพยาบาลป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จากการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายด้วยผ้าห่มอุ่นใจ ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันการนำ การพาความร้อนและการแผ่รังสี และ

ป้องกันการระเหยความร้อนสู่สิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการถ่ายเทความร้อนด้วยการพาความร้อนสู่ร่างกายโดยให้ผู้ป่วยสร้างพลังงานความร้อนเอง (Passive External Warming) ร่วมกับการใช้เครื่องเป่าลมร้อน (Forced Air Warming) ซึ่งช่วยขจัดเชยความร้อนที่อาจจะระเหยได้จึงทำให้สามารถควบคุมอุณหภูมิภายในให้ใกล้เคียงในระดับเดิมซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งคลุมด้วยผ้าเขียวผ้าตัดซึ่งไม่สามารถป้องกันการนำ การพาความร้อนได้ ทำให้ร่างกายของกลุ่มควบคุมสัมผัสสภาพอากาศภายในห้องผ่าตัดที่เย็นได้ จึงทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายลดลงเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ในขณะผ่าตัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tangtham. (2017) ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ผ้าห่มพิววีชีร่วมกับเครื่องเป่าลมร้อนสำหรับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โรงพยาบาลเลิศสิน พบว่ากลุ่มทดลอง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกายเดิมของผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่และการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย นอกจากอุณหภูมิในห้องผ่าตัดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเช่น ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการสร้างความร้อนจากเมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง การลดลงของมวลกล้ามเนื้อและการลดลงของความสามารถในการตีตัวของหลอดเลือดส่วนปลายเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนได้ลดลง และในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อย และรูปร่างผอมเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติและรูปร่างอ้วน เนื่องจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อและไขมันในร่างกายที่ทำหน้าที่เป็นฉนวนป้องกันการสูญเสียความร้อนลดลง ระยะเวลาในการขยายตัวของหลอดเลือดในผู้ป่วยที่ผอมจะเร็วกว่าคนที่น้ำหนักปกติ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความร้อนมากกว่า รวมทั้งโรคร่วม (associated disease) โรคที่มีการสร้างความร้อนจากเมตาบอลิซึมของร่างกายลดลง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคตับ โรคขาดอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์ และโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดส่วนปลาย เช่น แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก โรคพิษสุราเรื้อรัง อัมพาต ซึ่งโรคร่วมดังกล่าวมีผลทำให้การสูญเสียความร้อนได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liang Hermit. (2011) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะอุณหภูมิในผู้ป่วยผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภายใต้หอช่วยหายใจในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ เพศชาย อายุมากกว่า 45 ปี อุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำกว่า 21°C และการให้ยาระงับความรู้สึกมากกว่า 45 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sukpool. (2012) ศึกษาการสร้างนวัตกรรมผืนผ้าอุ่นใจในการเพิ่มอุณหภูมิผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น สามารถเพิ่มอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้มากกว่าผ้าห่มธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผ้าห่มเป่าลมร้อนสามารถเพิ่มอุณหภูมิผู้ป่วยหลังผ่าตัดมากกว่าผ้าห่มธรรมดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย มีผลกระทบทำให้อวัยวะสำคัญและระบบต่างๆในร่างกายเสียหายที่การทำงานได้ การป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจึงเป็นสิ่งจำเป็นและยังเป็นมาตรฐานหนึ่งในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ดังนั้นในการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยผ่าตัดตลอดเวลา จึงมีบทบาทที่สำคัญมากในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว การวิจัยการจัดการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ด้วยการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนางานบริการให้มีคุณภาพสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลควรนำผลของการศึกษาไปเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะผ่าตัด

2. ด้านการบริหารการพยาบาล หน่วยงานวิทยาลัยพยาบาลควรนำผลการศึกษาไปวางแผนการจัดการการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ในผู้ป่วยที่มารับ การผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะผ่าตัด โดยการให้ความรู้ และการนิเทศในการปฏิบัติงาน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำผลการศึกษา ไปประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในขณะผ่าตัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแห่งเดียว และเป็นการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายวิธีเดียว การจัดการการพยาบาลให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจึงอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มารับ การผ่าตัดทั้งหมด จึงควรมีการขยายผลนี้ไปศึกษาซ้ำในกลุ่มอื่นๆเพื่อให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้ประเมินความพึงพอใจ ความสุขสบายของผู้ป่วยที่มารับ การผ่าตัด เพื่อให้การจัดการให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรมีการศึกษาความพึงพอใจ และความสุขสบายของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

3. การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวัดอุณหภูมิทาง Tympanic Membrane ทั้ง 3 ระยะและในระยะขณะผ่าตัดมีการวัดอุณหภูมิทุก 15 นาที เพื่อให้การวัดอุณหภูมิผู้ป่วยสามารถวัดได้โดยไม่กระทบต่อการผ่าตัด ควรใช้วิธีการวัดทาง Nasopharynx หรือ Distal Esophagus แทนการวัดทาง Tympanic Membrane

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร เกิดมงคล ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่ดีในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจในการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ด้วยดีเสมอมา ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้การสนับสนุนในด้านเอกสารวิชาการในการทำวิจัยครั้งนี้

รายการอ้างอิง

- Anesthesiology Surin Hospital. (2019). *Statistics of Anesthesiology Surin Hospital Group*.
Nongnuch Sukpool. (2012). *Creation of innovative fabrics for raising the body temperature of patients after surgery in the recovery room*. (Master's Thesis in Nursing), Major in Advanced Adult Nursing Christian University. (in Thai)

- Pranee Liang Hermit. (2011). Risk factors for hypothermia in surgical patients under general anesthesia. Ventilation tube in Lamphun Hospital. *Lanna Public Health Journal*, 7(3): 304-310. (in Thai)
- Prok Laosuwan. (2020). Anesthesiology Crisis First Edition, Bangkok Department of Anesthesiology *Faculty of Medicine Chulalongkorn University*. (in Thai)
- Siriwan Jirasiritham. (2016). *Basic science textbook*. Ramathibodi Anesthesiology 1st print Bangkok Ideas Instant Printing (in Thai)
- Weerawat Tangtham. (2017). *Study on the effectiveness of using PVC blankets together with hot Air dryer for Prevention of hypothermia in adult patients undergoing spinal surgery and ceived an anesthetic throughout the body*. Lerdsin Hospital (in Thai)

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับ นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

อติญาณ์ ศรีเกษตริน, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; atiya_s@hotmail.com

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; atcharawadee@pckpb.ac.th

วรุฒิ แสงทอง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; worawutsangthong@gmail.com

วรรณิศา เขียวเพชร, โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, e-mail; kitsana.wud@gmail.com

กรองกาญจน์ ทิมาวุฒนะ, โรงพยาบาลราชบุรี กระทรวงสาธารณสุข, e-mail; krongkan0983797173@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 18 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) แอปพลิเคชัน Caloric 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบบบันทึกน้ำหนักตัว และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาทุกข้อระหว่าง 3.66-5.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความพึงพอใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า

หลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.12, SD. = .34) ทั้งนี้ควรนำแอปพลิเคชัน Caloric ไปทดลองใช้กับนักศึกษาในกลุ่มที่ไม่ใช่นักศึกษาพยาบาลเพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน Caloric พฤติกรรมการบริโภค น้ำหนักตัว

The Effectiveness of Caloric Application on Food Consumption Behavior, and Body Weight for Overweight Nursing Students of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

Atiya Sarakshetrin, Prachomklao college of Nursing, Phetchaburi province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; atiya_s@hotmail.com
Atcharawadee Sriyasak, Prachomklao college of Nursing, Phetchaburi province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; atcharawadee@pckpb.ac.th
Worawut Seangthong, Borommaratchachonnani Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; worawutsangthong@gmail.com
Wunnisa Khiewphet, Prachuap Khiri Khan hospital, Ministry of Public Health, e-mail; kitsana.wud@gmail.com
Krongkan Teekayuwattana, Ratchaburi hospital, Ministry of Public Health, e-mail; krongkan0983797173@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental design aim to study aimed to study the effects of Caloric application on food consumption behavior, and body weight among 18 overweight nursing students of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. The research instruments include caloric application, the food consumption behavior questionnaire, body weight record, and the satisfaction of caloric application questionnaire. The content validity of research instruments were examine by 3 experts. The reliability of the food consumption behavior questionnaire and the satisfaction of caloric application questionnaire were examined yielding a Crobach's alpha coefficient of 0.908 and .946 respectively. The data analysis was utilized the descriptive statistics and the Wilcoxon sign rank test.

The research results revealed that after the Caloric application was implemented, the average of appropriate food consumption behavior among overweight nursing students were higher than before using caloric application ($p < .05$). The mean score of body weight was lower than before using caloric application ($p < .05$), and the satisfaction of caloric application score was at the high level (Mean = 4.12, SD. = .34). The research results recommend that the Caloric application should be tested among non-nursing students to compare their health literacy effect on self-care behavior.

Keywords: Caloric application, Food consumption behavior, Body weight

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ของคนไทยมีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) และปัจจัยเสี่ยงที่เป็นผลจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่า “โรคอ้วน” เป็นปัจจัยเสี่ยงและภัยเงียบสำคัญอันดับ 1 และอันดับ 6 ของการเสียชีวิตในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มากกว่า 1 ใน 3 มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (ดัชนีมวลกาย หรือ BMI ตั้งแต่ 25 กก./ตารางเมตร ขึ้นไป) (Mahidol, Thai Health Promotion Foundation, National Health Commission Office, 2021) สำหรับสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างพบอุบัติการณ์ภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนได้แสดงความเห็นว่า ภาวะอ้วนเป็นอุปสรรคต่อการเรียน การทำกิจวัตรประจำวันและการฝึกปฏิบัติงาน จากอาการเหนื่อยง่าย แขนงอก พักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกไม่สดชื่น คิดตัดสินใจช้า ประจำเดือนขาด เกิดอาการภูมิแพ้ ท้องผูก แขนอึดอัด จากชุดที่สวม ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถนัด ปวดเมื่อยขา ผลจากการเดินเสียสปี รู้สึกอายเมื่อถูกล้อเลียน ไม่พึงพอใจในภาพลักษณ์ตนเอง เก็บกดอารมณ์ตนเอง ขาดความมั่นใจ ไม่กล้าแสดงออก ท้อแท้ โทษตนเอง ขาดความเชื่อถือจากผู้รับบริการ รู้สึกแปลกแยก เป็นต้น (Thamlikitkul & Sirirak Sinudompol, 2018)

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักมากกว่า 3 มื้อ และนิยมบริโภคกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง 1-2 วัน/สัปดาห์ ถึงร้อยละ 48.10 รวมทั้งนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปสูงถึงร้อยละ 52.20 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนและส่งผลเสียต่อสุขภาพ การซื้ออาหารที่ไม่ได้ปรุงขึ้นเองนั้น อาหารมักมีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณค่อนข้างสูง โดยกลุ่มอายุน้อย ๆ จะรับประทานผักและผลไม้ไม่บ่อย แต่รับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารจานด่วนและดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมมากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น (Nithitantiwat & Udomsapaya, 2017) การที่จะควบคุมตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง พบว่าแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ของ แบนดูรา (Bandura, 1986) เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยการกำกับตนเองในการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ในการลดน้ำหนักของตนเอง ลงมือกระทำ และเห็นผลลัพธ์ของการกระทำด้วยตนเอง (Chantawat, Kongsuwan & Suttharangsee, 2019)

จากการสำรวจ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 94 คน ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 28.72 จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินในนักศึกษาพยาบาล จะส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลนับเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในกรณีที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินในนักศึกษาพยาบาลนั้นอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของบุคลากร ดังนั้นจึงควรดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสม เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้รับบริการ ซึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีการกำกับตนเองทั้งการรับประทานอาหาร การปฏิบัติทางกายและกำกับตนเองให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพื่อลดน้ำหนัก (Andrade, et al., 2010) ซึ่งการพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งผลการควบคุม น้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารกิจกรรมทางกาย และน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน (NuTu-App) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วย (Wisapha,

Wiroonpanich & Wattanasit, 2020; Winaiprasert & Mamom, 2019; Nudla, Jittanoon & Balthip, 2017)

จากสภาพดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อที่จะได้สำเร็จเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ที่มีสุขภาวะชีวิตที่ดีเป็นแบบอย่างให้กับผู้รับบริการต่อไป

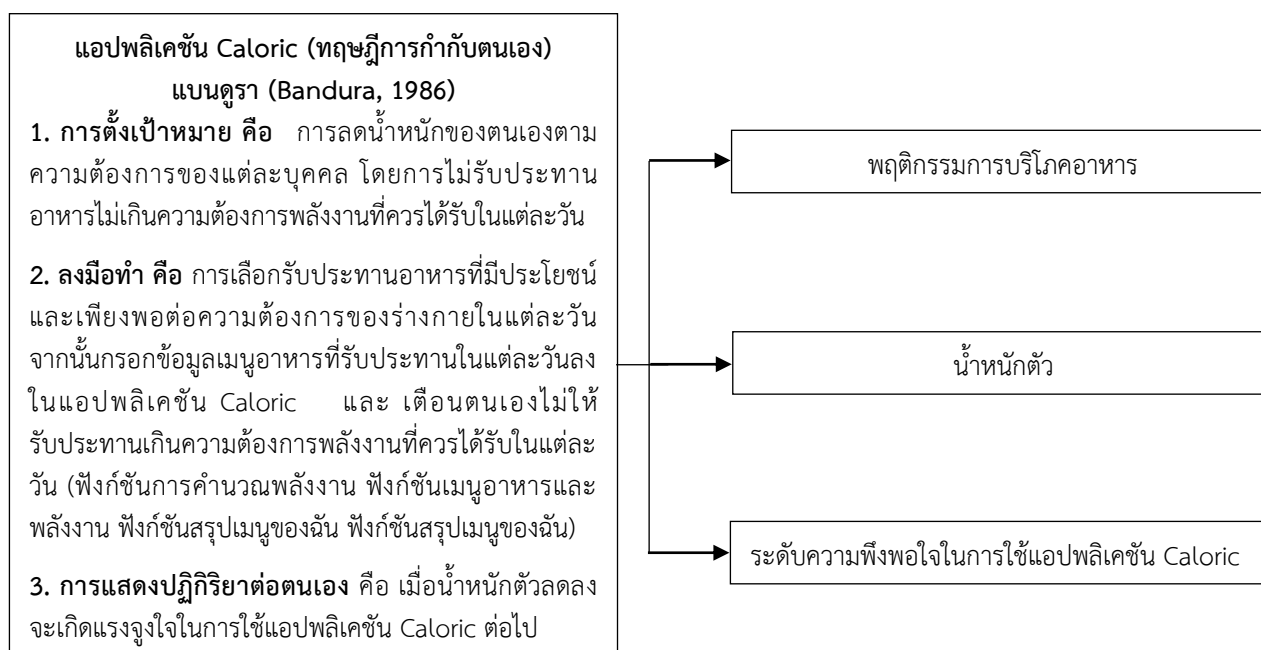
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลัง การใช้แอปพลิเคชัน Caloric
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลัง การใช้แอปพลิเคชัน Caloric สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric
2. น้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ต่ำกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric
3. หลังจากใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความพึงพอใจในระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 94 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 18 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ นักศึกษาที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการ Android ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ แอปพลิเคชัน Caloric เป็นโปรแกรมประยุกต์บนระบบปฏิบัติการสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ ได้แก่ สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการ Android ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ฟังก์ชัน สามารถใช้งานได้ดังนี้ 1) ฟังก์ชันการคำนวณพลังงาน เป็นฟังก์ชันที่ให้นักศึกษาได้คำนวณพลังงานที่ควรได้รับจากการรับประทานอาหาร เพื่อตั้งเป้าหมายได้ คือ ไม่รับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย 2) ฟังก์ชันเมนูอาหารและพลังงาน เป็นฟังก์ชันที่ให้นักศึกษาได้กรอกเมนูอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อเป็นการเตือนตนเองไม่ให้รับประทานอาหารจนมีพลังงานส่วนเกิน 3) ฟังก์ชันสรุปเมนูของฉัน เป็นฟังก์ชันที่ให้นักศึกษาได้สรุปเมนูอาหารและกิจกรรมทางกายของตนเองที่กระทำ เพื่อตัดสินใจการกระทำตรงกับข้อมูลที่กรอกไว้หรือไม่ หากไม่ตรงสามารถกรอกข้อมูลใหม่ได้ในฟังก์ชันนี้ 4) ฟังก์ชันสรุปความสำเร็จของฉันวันนี้ เป็นฟังก์ชันที่แสดงผลสรุปความสมดุลของการใช้พลังงานในร่างกายว่าในแต่ละวันกลุ่มตัวอย่างมีพลังงานส่วนเกินจากการรับประทานอาหารหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลให้ตัดสินใจว่าจะต้องปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อให้เกิดความสมดุลของพลังงาน สามารถควบคุมน้ำหนักได้โดยไม่เป็นอันตราย 5) ฟังก์ชันโปรไฟล์ เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรกที่กลุ่มทดลองเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง เป็นต้น และ 6) ฟังก์ชันประวัติการใช้งาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างย้อนดูประวัติการใช้งานแอปพลิเคชันได้นาน 7 วัน โดยเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแอปพลิเคชัน Caloric จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ทุกข้อระหว่าง 3.66-5.00

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้น โรคประจำตัว น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมเตือนตนเองด้านการบริโภคอาหารโดยใช้อินเตอร์เน็ตต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวในวัยรุ่นที่มีภาวะโภชนาการเกิน (Nudla, Jittanoon & Balthip, 2017) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ทางลบ 13 ข้อ เป็นแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจอย่างยิ่ง พึงพอใจ ไม่แน่ใจ ไม่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามผ่านการพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) .67 – .10 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha's Coefficient) เท่ากับ .91 และ .95 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

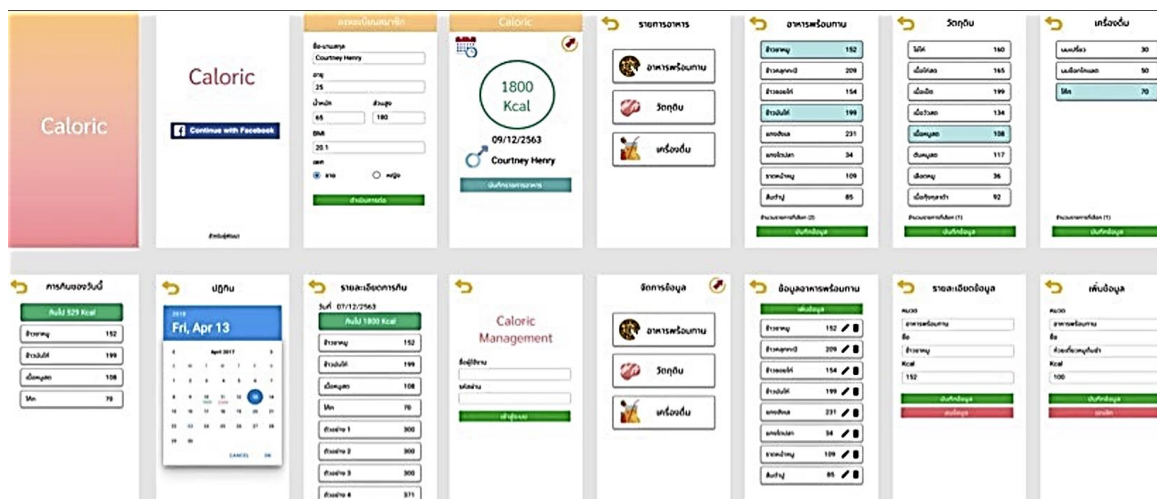
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 19 ก.ค. 64) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม มีการสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม Pre-test โดยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารผ่านทาง Google form หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำวิธีการดาวน์โหลดแอปพลิเคชัน Caloric ผ่านเครือข่ายระบบ Android แนะนำวิธีการใช้งาน และรายละเอียดเนื้อหาของเมนูต่างๆ ในแอปพลิเคชันผ่านช่องทาง Group Chat ของไลน์แอปพลิเคชัน และให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชัน พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามถึงข้อสงสัยในการใช้ และให้แอปพลิเคชัน Caloric กับกลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนด้วยตนเอง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) เริ่มติดตั้งแอปพลิเคชัน Caloric แนะนำวิธีการใช้งาน และรายละเอียดเนื้อหาของเมนูต่างๆ ในแอปพลิเคชันผ่านช่องทาง Group Chat ของไลน์แอปพลิเคชัน และให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชัน พร้อมเปิดโอกาสให้สอบถามถึงข้อสงสัยในการใช้ และให้แอปพลิเคชัน Caloric กับกลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยจะมีการติดตามผลการใช้งานผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าไปศึกษาข้อมูลแอปพลิเคชันหรือไม่ อย่างไร มีปัญหาอุปสรรคใด ถ้ามีผู้วิจัยจะช่วยเหลือและแนะนำการใช้แอปพลิเคชัน Caloric เพิ่มเติม

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4-7) และ ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8-11) ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการใช้แอปพลิเคชัน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าได้บันทึกข้อมูลรายการอาหารในแต่ละวันแล้วหรือไม่ ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้เข้าไปใช้ ผู้วิจัยจะสอบถามปัญหาอุปสรรค และแก้ปัญหาพร้อมกัน

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 12) ผู้วิจัยทำการการนัดหมายวัน เวลา กับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน Caloric และบันทึกข้อมูลรายการอาหารในแต่ละวันได้ครบถ้วน เพื่อเข้ามาตอบแบบสอบถาม Post-test หลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric โดยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านทางออนไลน์ และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric เมื่อน้ำหนักลดลง



ภาพที่ 2 ตัวอย่าง application caloric

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ระดับความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ข้อมูลโดยพิจารณาจากสถิติทดสอบ Shapiro - Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKN REC 06/2564 ลงวันที่ 11 มีนาคม 2564 และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิ์ในการยุติได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บไว้เป็นความลับ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแอปพลิเคชัน Caloric เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองต่อไป

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ100) อายุระหว่าง 18-21 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ50) ไม่มีโรคประจำตัว น้ำหนักปัจจุบัน ระหว่าง 59-98 กิโลกรัม ส่วนสูง ระหว่าง 152-168 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ระหว่าง 23.95-36.44 kg/m²

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric (n=18)

ตัวแปร	ก่อนใช้ แอปพลิเคชัน		หลังใช้ แอปพลิเคชัน		z	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.67	.51	3.98	.46	-0.71	.002*

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษามีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric (n=18)

ตัวแปร	ก่อนใช้ แอปพลิเคชัน		หลังใช้ แอปพลิเคชัน		z	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
น้ำหนัก	72.88	.51	70.66.	.13	-0.62	.004*

* $p < .05$

4. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินพบว่าหลังใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.26, SD. = .43) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจมากที่สุดคือสามารถค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ในเวลาอันสั้น (Mean = 4.35, SD. = .54) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ แอปพลิเคชันสามารถทำงานได้รวดเร็วตามความต้องการ (Mean = 4.96, SD. = .61) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric

หัวข้อการประเมิน	ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric		
	Mean	SD.	ระดับ
1. ความน่าสนใจของแอปพลิเคชัน	4.17	.53	มาก
2. แอปพลิเคชัน สามารถทำงานได้รวดเร็วตามความต้องการ	3.96	.61	มาก
3. ความครอบคลุมของรายการอาหาร	4.01	.55	มาก
4. ความหลากหลายของข้อมูลบนแอปพลิเคชัน	4.30	.66	มาก
5. ประโยชน์จากการใช้งาน แอปพลิเคชัน	4.24	.34	มาก
6. แอปพลิเคชันใช้งานง่ายและไม่ซับซ้อน	4.27	.64	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน Caloric		
	Mean	SD.	ระดับ
7. สามารถค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ในเวลาอันสั้น	4.35	.54	มาก
8. ขนาดของตัวอักษร/สัญลักษณ์มีความเหมาะสมกับหน้าจอ	4.20	.38	มาก
9. แอปพลิเคชันมีส่วนในการส่งเสริมในการลดน้ำหนัก	4.33	.64	มาก
10. มีการจัดการความปลอดภัย หรือกำหนดสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล	4.16	.63	มาก
รวม	4.26	.43	มาก

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ที่ พบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric และค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน Caloric อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น และน้ำหนักตัวลดลง ของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจาก การใช้ใช้แอปพลิเคชัน Caloric ที่สร้างให้กลุ่มตัวอย่างนำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งกล่าวถึง การกำกับตนเองเป็นวิธีการที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยการกำกับตนเองในการบริโภคอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย ในการลดน้ำหนักของตนเองลงมือกระทำ และเห็นผลลัพธ์ของการกระทำด้วยตนเอง เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นกรอบในการสร้างแอปพลิเคชันการควบคุมน้ำหนักโดยนำมาประยุกต์ใช้ในการกำกับตนเองคือ พฤติกรรมการควบคุมความคิดความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยความตั้งใจและฝึกฝนมี 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) บุคคลสังเกตพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเองในแต่ละวัน 2) กระบวนการตัดสิน (Judgment Process) บุคคลจะนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเอง นำมาเป็นข้อมูลในการเปรียบเทียบผลจากการกระทำเป้าหมายที่ตั้งไว้ และตัดสินใจในการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) เมื่อเป้าหมายบรรลุผลโดยการมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ดีขึ้น และน้ำหนักตัวลดลง จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระยะเวลาของการใช้แอปพลิเคชัน Caloric ถึง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้น้ำหนักลดลง (Wisapha, Wiroonpanich & Wattanasit, 2020; Nudla, Jittanoon & Balthip, 2017) ที่พบว่าหลังการใช้ใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นและน้ำหนักตัวลดลง

สมมติฐานข้อที่ 3 หลังจากใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษาที่มีความพึงพอใจในระดับมากเนื่องจากแอปพลิเคชัน Caloric เป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัยสามารถใช้งานได้ง่าย สะดวก ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ผู้เรียนสนใจ และปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น ในปัจจุบัน โดยผ่านสื่อโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต (Nithitantiwat & Udomsapaya, 2017) และแท็บเล็ตสามารถรองรับรูปแบบการเรียนการสอนและการอำนวยความสะดวก

สะดวกให้กับผู้เรียนได้อย่างดี โดยพบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้บนแท็บเล็ตที่พัฒนาขึ้น ระดับมากที่สุด (Chen, Sager, Corbitt & Kent, 2008) เป็นโปรแกรมที่พัฒนาโดยนักศึกษายาบาลเอง มีการออกแบบโดยภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้ศัพท์วัยรุ่น และมีการกระตุ้นเตือนผู้ใช้แอปพลิเคชันให้รู้ถึงภาวะผิดปกติหากปฏิบัติไม่เป็นไปตามแบบแผนของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษพบว่าแอปพลิเคชัน Caloric สามารถทำให้นักศึกษายาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ส่งผลให้น้ำหนักลดลง ควรนำไปศึกษาทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น นักศึกษาสถาบันอื่นที่มีปัญหาภาวะน้ำหนักเกินที่มีกิจวัตรประจำวันด้านสุขภาพที่ต่างจากนักศึกษายาบาล
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรปรับแอปพลิเคชัน Caloric เป็นโปรแกรมประยุกต์บนระบบปฏิบัติการสำหรับอุปกรณ์เคลื่อนที่ สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการ IOS เพื่อให้สามารถใช้ได้กับกลุ่มที่มีความหลากหลาย และเพิ่มระบบการแจ้งเตือนของแอปพลิเคชัน Caloric

รายการอ้างอิง

- Andrade, A. M., Coutinho, S. R., Silva, M. N., Mata, J., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Teixeira, P. J. (2010). The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 320-326.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Chantawat, K., Kongsuwan, V., & Suttharangsee, W. (2019). The effect of a self-regulation program on attitude toward violence and self-behaviors of adolescent Students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(2),13-28.
- Chen, F., J. Sager, G. Corbitt and S. Kent. (2008). The effects of using a tablet PC on teaching and learning processes. Retrieved Jun 15, 2021, from <http://aiselaisnet.org/amcis 2008 /262/>
- Mahidol, Thai Health Promotion Foundation, National Health Commission Office. (2021). *The 6th Survey of Thai Public Health by Physical Examination 2019-2020*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Nithitantiwat, P., & Udomsapaya, W. (2017). Food consumption behavior among Thai adolescents, impacts, and solutions. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, (28)1,122-127
- Nudla, P., Jittanoon, J., & Balthip, K. (2017). Impact of an internet-mediated over-consumption self-reminding programme on the body weight and consumption behaviour of overnutrition adolescents. *Thai Journal of Nursing Council*. 32(1),32-46.

- Thamlikitkul, S., & Sinudompol, S. (2018). Problems and barriers, and the approaches to solve in losing weight of obese nursing students at Kuakarun Faculty of Nursing in Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 7-30.
- Winaiprasert, P., & Mamom, J. (2019). Development the required daily nutrition applications (NuTu-App) to promote nutrition status in patients with pressure ulcers. *Thai Science and Technology Journal*, 27(3), 485-498.
- Wisapha, C., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2020). The effects of a weight control mobile application on food consumption behavior, physical activity, and the body weight of overweight adolescents. *Journal of The Police Nurses*, (12)1, 73-85.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักรของเด็กวัยรุ่นตอนต้น

ชนิษฐา กุลกฤษฎา, โรงพยาบาลพลพยุหเสนา, e mail; khanittha_do@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ และน้ำหนักตัวของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังรับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ ประชากร คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่เรียนในระดับมัธยมต้น โรงเรียนวิสุทธิรังษี จำนวน 375 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินในโรงเรียนวิสุทธิรังษี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ 1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนวิสุทธิรังษี ที่ผ่านการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโต อายุ 12-14 ปี แล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักขึ้นไปถึงว่ามีภาวะโภชนาการเกิน 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่จะเป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม 3) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม 4) นักเรียนสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดขึ้น จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพด้านโภชนาการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ dependent sample t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ความรู้ และพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ มีค่าสูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. น้ำหนักของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพระดับมากที่สุด

จากผลการศึกษาทำให้ได้โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพสำหรับวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพต่อไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกิน

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพ, เด็กวัยรุ่นตอนต้น

Research Title: Effects of Health Promotion Program on Knowledge, Behaviors, and Body Weight among Early Adolescents

Khanittha Kulkrissada, Phaholpolpayuhasena Hospital, e mail; khanittha_do@hotmail.com

Abstract

This quasi experimental research aimed to compare knowledge, health promoting behaviors and body weight among early adolescents with overweight pre - post receiving health promotion program. Population were 375 early adolescents with overweight studying junior high school, Wisutarangsi school. Sample were early adolescents with overweight in Wisutarangsi school. Purposive sample selection criteria included 1) junior high school students of Wisutarangsi school aged 12-14 years, assessed by growth curve yielding overweight, 2) lack of comorbidities which were danger and obstacle to participating in activities, 3) parents' permission to participate in activities throughout the program, 4) students; willing to participate in the program until the end of experiment. Sample size determination was based on table of estimated statistical power analysis with .60 correlation effect size, yielding the sample of 21. To prevent attrition rate, 20% of sample were added. Hence, the actual sample of this study were 25. Research instrument was nutritional health promotion program. Data were collected through 1) demographic recording form, 2) questionnaire of health promotion knowledge, 3) questionnaire of health promoting behaviors 4) satisfaction questionnaire. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and dependent sample t-test. Research results show that;

1) Knowledge and health promoting behaviors after receiving health promotion program were significantly higher than of before ($p=.05$).

2) Body weight after receiving receiving health promotion program were significantly less than of before ($p=.05$).

3) Early adolescents with overweight receiving health promotion program had the highest satisfaction of receiving health promotion program

From findings, health promotion program for early adolescents with overweight should be used further to prevent complications as a result of overweight.

Key word: Health Promotion Program, Early Adolescents

บทนำ

เด็กและเยาวชนเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาสังคม ภาวะโภชนาการของเด็กเป็นดัชนีที่บ่งชี้การมีภาวะสุขภาพที่ดีโดยรวมของเด็ก และเป็นต้นทุนสำคัญที่ทำให้เด็กมีการพัฒนาเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ แต่จากสภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงความเจริญของวัตถุที่เข้ามาทำให้เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Khanteerueng, P., 2014) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตเข้าสู่ผู้ใหญ่ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3.4 ที่มีจุดมุ่งหมายจะลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี 2573

จากสำรวจพบว่าเด็กไทยมีพฤติกรรมการกินหวานเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นแหล่งที่มาของน้ำตาล ได้แก่ เครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลม และสถานประกอบการจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียนนำร่อง 19 โรงเรียน ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีถึงร้อยละ 6.2 ของโรงเรียนมัธยมที่มีการจำหน่ายน้ำอัดลม การบริโภคอาหารไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการหรืออาหารฟาสต์ฟู้ด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป น้ำอัดลม ขนมขบเคี้ยวต่างๆ มากเกินไป จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสติปัญญา สมาธิ การเรียนรู้และพัฒนาการของเด็ก ผลการสำรวจสถานการณภาวะโภชนาการของประเทศไทยของสำนักโภชนาการ ในปี 2553 – 2554 พบว่าเด็กไทยอายุ 6 – 18 ปี มีภาวะโภชนาการเกินคิดเป็นร้อยละ 6.93, 9.03 ตามลำดับ (Sankhatip, & Lowiraporn, 2012)

เด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินที่อยู่ในระดับมากทำให้เกิดโรคอ้วน นอกจากโรคอ้วนแล้วอันตรายที่ตามมาคือ ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจตามมา (Lueamsaisuk, & Puechphol, 2018) วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นโรคความดันโลหิตสูงในวัยผู้ใหญ่มากกว่าวัยรุ่นที่ผอมกว่าถึง 8 เท่า และร้อยละ 2.4 ของวัยรุ่นกลุ่มนี้ เป็นเบาหวานประเภทที่ 2 เมื่ออายุ 30 ปี วัยรุ่นเหล่านี้ ยังโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีอัตราการตายและอัตราป่วย จากโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมองอุดตัน หรือแตก มากกว่าประชากรทั่วไป สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและสังคมพบว่า วัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินมีความกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ขาดความมั่นใจและเสียความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน อาจไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ และในบางคนอาจวิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Davison & Birch, 2001; Wolf et al., 2003) จากการศึกษาทำให้เกิดการสูญเสียภาระค่าใช้จ่ายตามมา การรายงานขององค์การอนามัยโลกพบ ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนคิดเป็นร้อยละ 2-6 ของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีการประมาณการว่าภาระค่าใช้จ่ายในโรคอ้วนเป็นภาระของประเทศที่กำลังพัฒนาร้อยละ 1.1 -2.1 ในประเทศไทยพบ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในปี พ.ศ. 2552 มีมูลค่าสูงถึง 5,580.8 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก 847.4 ล้านบาท และในแผนกผู้ป่วยใน 4,733.4 ล้านบาท ทั้งนี้โรคที่ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคเบาหวาน (3,386.6 ล้านบาท) โรคหัวใจขาดเลือด (1,070.5 ล้านบาท) และโรคมะเร็งลำไส้และเร็กตัม (377.2 ล้านบาท) (Pitayatiananan, P et al, 2011) จากผลกระทบดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักตัวเกินพบว่า เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันเช่น ได้รับพลังงานจากอาหารเกินกว่าที่ร่างกายได้ใช้ไปร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างเช่น ประวัติครอบครัวที่มีน้ำหนักเกิน ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (Thongtaeng, & Seesawang, 2012) การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านร่างกาย โดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิงจะมีภาวะน้ำหนักเกินได้ง่ายกว่าวัยรุ่นชาย เนื่องจากวัยรุ่นหญิงร่างกายเริ่มมีการ

สะสมไขมันเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนต้น เพื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ในเด็กวัยรุ่นก่อนเรียน และครึ่งหนึ่งในวัยเรียน หากมีภาวะน้ำหนักเกินจะยังคงมีภาวะนี้อยู่เมื่อเป็นวัยรุ่น และถ้ายังมีภาวะนี้ในวัยรุ่น โอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินยิ่งสูงขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมพบว่า การขาดความสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านตัวเด็กเอง คือเด็กมีพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้ในเรื่องหลักโภชนาการ และมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง รวมทั้งขาดความตระหนักถึงความสำคัญ และขาดแรงจูงใจในการออกกำลังกาย (Pichairat, & Tiparat, 2014) ทำให้ร่างกายมีพลังงานจากการรับประทานอาหาร มากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือในการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของคนในครอบครัว ดังนั้นการส่งเสริมเด็กด้านภาวะโภชนาการไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินโดยการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้การดูแลจากผู้ปกครองและครูช่วยลดภาวะเสี่ยงดังกล่าว

การสร้างเสริมสุขภาพด้านการส่งเสริมพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำเป็นต้องมีการให้ความรู้เพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับทัศนคติและการสร้างให้เด็กเกิดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงกิจกรรมที่กระตุ้นเตือนตามบริบทที่เหมาะสมกับเด็ก รวมถึงสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้โดยมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunnag, Sangperm, Jungsomjatepaisal, Pongsaranunthakul, & Leelahakul, (2012)พบว่า เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีร้อยละของน้ำหนักต่อส่วนสูง และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง และพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง

ในพื้นที่ของจังหวัดกาญจนบุรี พบสถานการณ์เด็กวัยรุ่นที่มีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 12.45 ในปี 2560 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.67 ในปี 2562 จากข้อมูลเบื้องต้นของโรงเรียนวิสุทธรังษี พบว่า มีเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 18.37 โดยที่เด็กจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยมีการซื้อขนมหน้าโรงเรียน ประเภทลูกชิ้นทอดไก่ทอด เฟรนช์ฟรายส์ และน้ำอัดลม ซึ่งจำหน่ายบริเวณหน้าโรงเรียน นอกจากนี้เด็กยังสามารถซื้อขนมได้ตลอดเวลา จากการที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน พบสถิติน้ำหนักตัวเด็กวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาในผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้เด็กวัยรุ่นมีความรู้ด้านการบริโภคและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก สามารถควบคุมน้ำหนักและพฤติกรรมการบริโภคของตนได้ ซึ่งจะทำให้เด็กวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกินลดลงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

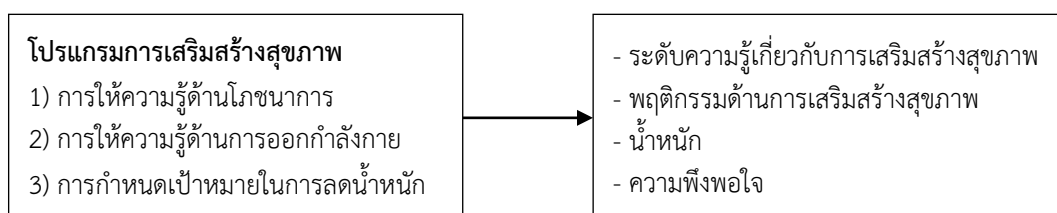
3. เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

สมมติฐาน

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ
3. ค่าเฉลี่ยน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบงดูรา (Bandura, 1994) ในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ และน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น โดยทฤษฎีได้อธิบายว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์มีลักษณะของการกำหนด อาศัยซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เมื่อเด็กวัยรุ่น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านตัวแบบที่ดีโดยการให้เพื่อนที่มีสุขภาพดีเล่าการรับประทานอาหาร มีความเชื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะทำให้เกิดการพฤติกรรมที่ดี



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่เรียนในระดับมัธยมต้น โรงเรียนวิสุทธิรังษี จำนวน 375 คน ที่ผ่านการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโต อายุ 12-14 ปี (ภาวะที่น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่เหนือเส้น +2 S.D ทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักและส่วนสูงโดยเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548)แล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ภาวะโภชนาการเกิน (>50%)

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินในโรงเรียนวิสุทธรังษี จำนวน 25 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผ่านการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโต อายุ 12-14 ปี โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จาก

1) นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนวิสุทธรังษีที่ผ่านการประเมินจากกราฟการเจริญเติบโต อายุ 12-14 ปี แล้วพบว่าอยู่ในเกณฑ์ตัวชี้ขึ้นไปถึงว่ามีภาวะโภชนาการเกิน (ภาวะที่น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่เหนือเส้น +2 SD. ทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์อ้างอิง น้ำหนักและส่วนสูงโดยเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 12 วัน ถึง 19 ปี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2548)

2) ไม่มีโรคประจำตัวที่จะเป็นอันตรายและอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม

3) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรม

4) นักเรียนสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนสิ้นสุดการทดลอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .70 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ .60 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Power Tables for Effect Size d (Cohen, 1988) แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (บุญใจ ศรีสถิตยรรณการ, 2553) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก Sanprick (2017) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้ด้านโภชนาการ 2) การให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย 3) การกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนักดำเนินการจัดกิจกรรมใช้เวลา 9 สัปดาห์ๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 2 ชั่วโมง

1.2 สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม ได้แก่ 1) Power Point 2) ตัวแบบผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่สามารถลดน้ำหนักได้ 3) อุปกรณ์ประกอบสาธิตและฝึกปฏิบัติ 4) แผ่นพับเรื่องการออกกำลังกาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูล 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามข้อมูลของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ การพักอาศัย อาชีพผู้ปกครอง เงินค่าอาหารที่ได้รับไปโรงเรียน จำนวนมื้อในการรับประทานอาหาร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย วัดโดยใช้แบบสอบถาม เป็นคำถามปรนัย ให้เลือกตอบมี 2 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนโดยใช้การวัดแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom ดังนั้นระดับความรู้ คะแนนระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไประดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79.9 ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นคำถามเชิงบวกและลบ ลักษณะคำตอบจะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

Scale) ของลิเคิร์ต (Likert's Scale) จำนวน 27 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (0คะแนน) การแปลผลปฏิบัติพฤติกรรมระดับสูง หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00 ปฏิบัติพฤติกรรมระดับปานกลาง หมายถึงคะแนน 0.67 - 1.33 ปฏิบัติพฤติกรรมระดับต่ำ หมายถึง คะแนน 0.00 - 0.66

ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพด้านโภชนาการ รวม 12 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ ระดับมากที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5ระดับมาก ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 4ระดับปานกลาง ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 3 ระดับน้อย ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2และระดับน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาค่าเฉลี่ย โดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์คะแนนระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย คะแนนระหว่าง 2.34 - 3.66หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลางคะแนนระหว่าง 3.37 - 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพในเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพและแบบประเมินความพึงพอใจ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 ท่านและ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruence) พบว่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

2. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้กับเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ด้วยวิธีการคูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder Richardson 21) ได้เท่ากับ .78 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2. ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย หากผู้ปกครองและเด็กวัยร่นที่มีน้ำหนักเกินยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้ปกครองและเด็กวัยร่นที่มีน้ำหนักเกินเซ็นใบยินยอมและเก็บเป็นรายการหลักฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ

3. ให้เด็กวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินแนะนำตนเอง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการให้โปรแกรม โดยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ทดสอบความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย และดำเนินกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนคืออะไร ผลดีผลเสียของโรคอ้วน การประเมินการเจริญเติบโตด้วยตนเอง ชมวีดิทัศน์ตัวอย่างสัญลักษณ์ ค้นหานิสัยการบริโภคของตนเอง และมอบหมายให้จดบันทึกข้อมูลการบริโภคอาหารที่บ้าน 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสารอาหาร และพลังงานที่ร่างกายต้องการ วิธีการคิดพลังงานแต่ละวัน แนะนำคู่มือชนิดอาหาร ชักถามปัญหาเรื่องการบริโภค เสนอแนะแนวทางการปรับเปลี่ยนเมนู สานิตการทำเมนูสุขภาพและให้กลุ่มทดลอง ทดลองจัดเมนูอาหารเช้า เที่ยง เย็น

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร และให้ความรู้เรื่องหลักการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย แนะนำบุคคลที่สามารถลดน้ำหนักได้สำเร็จ ฝึกการออกกำลังกายแบบ जिยิตัว เก้าอี้ขี้พุงและการออกกำลังกายแบบคีตะมวยไทย

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยแนะนำกิจกรรมการกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนัก กลุ่มทดลองเขียนสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้น และแนะนำให้ติดที่บ้านบริเวณที่ตนต้องเห็นทุกวัน และมอบหมายภารกิจให้กลุ่มทดลองฝึกออกกำลังกายด้วยตนเองแบบสัปดาห์ละ 30 วัน 30 กิโล โดยให้เริ่มสัปดาห์ละ 30 วัน 30 กิโล ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5-9 และสามารถส่งบันทึกการสัปดาห์ละ 30 วัน 30 กิโลได้ในไลน์กลุ่มในทุกสัปดาห์

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 9 เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจออกกำลังกายแบบสัปดาห์ละ 30 วัน 30 กิโล ผู้วิจัยสรุปผลการออกกำลังกายแบบสัปดาห์ละ 30 วัน 30 กิโล ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ทดสอบความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ เรื่อง การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายและสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ในเรื่องการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการทำวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กาญจนบุรี เลขที่ 2020/10

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพ พฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพและน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ dependent sample t-test โดยมีการทดสอบการแจกแจงปกติด้วย Normal Distribution

ผลการวิจัย พบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.00 อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ร้อยละ 100

ผู้ปกครองประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่เงินค่าอาหารที่ได้รับไปโรงเรียน 100 บาท ต่อวัน และทั้งหมดรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

2.1 คะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่ตอบถูกน้อยกว่าร้อยละ 60 และ หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมีความรู้ระดับสูงมากกว่าร้อยละ 60

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t-value	p-value
	SUM	SD.	SUM	SD.		
ความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพ	13.80	2.10	19.84	1.25	13.57**	.000

** $p < .001$

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

3.1 คะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจำแนกรายข้อพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับสูง

3.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพพบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
พฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพ	0.9443	.11	1.18	.11	8.20	.000

** $p < .001$

4. เปรียบเทียบน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีน้ำหนักลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบน้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

รายการประเมิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
น้ำหนักของเด็กวัยรุ่นตอนต้น	82.88	11.87	81.76	11.76	7.17	.000

** $p < .001$

5. ความพึงพอใจของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

จากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพในเด็กวัยรุ่นตอนต้น พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพระดับมากที่สุด (Mean =4.95, SD.= .47)

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1994) ในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การสร้างให้เด็กเกิดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงกิจกรรมที่กระตุ้นเตือนตามบริบทที่เหมาะสมกับเด็กเช่น การกำหนดเป้าหมายของตนเองสำหรับการลดน้ำหนัก การกำหนดกิจกรรมที่ตัวเองพึงพอใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กวัยรุ่น เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้โดยมีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของต้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะอ้วน การที่จะทำให้เด็กวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กำลังปฏิบัติอยู่ปัจจุบันและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างมากการศึกษาปัจจุบันจึงนำทฤษฎีความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้มากขึ้น (Chaboonraung, & Rodcumdee, 2014) ดังที่ผู้วิจัยได้ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการดำเนินการกิจกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรู้ด้วยกลวิธีต่าง ๆ ทั้งการสาธิตเมนูสุขภาพ การทดลองจัดเมนูอาหาร การทบทวนเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การฝึกการออกกำลังกาย และเมื่อทำการเปรียบเทียบความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพที่ใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็พบว่า เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความรู้ด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพของเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า เด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยได้ดำเนินการโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการให้ความรู้ด้านต่างๆ การกำหนดกิจกรรมเมนูอาหารด้วยตนเอง การกำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักตามแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1994) ในการตระหนักถึงความสามารถของตนเอง จึงทำให้เด็กวัยร่นตอนต้นเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่พึงประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงทำให้เด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีพฤติกรรมด้านการเสริมสร้างสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Chaboonraung, & Rodcumdee (2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยกลุ่มเพื่อนต่อพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของวัยร่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้ทฤษฎีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยร่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของวัยร่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Namyota, C, Wongprachum, K., Toontom, N., & Bourneo, N. (2022) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียนโดยศึกษาใน 2 โรงเรียน จากเด็กวัยเรียน อายุ 6 -12 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบว่าเมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับพลังงานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการเปรียบเทียบน้ำหนักของเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า เด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีน้ำหนักลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพเป็นโปรแกรมที่ผ่านการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย ตอบสนองความต้องการของเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ การกำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักด้วยตนเอง การเลือกรูปแบบการออกกำลังกาย เป็นการให้เด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมทางเลือก (Choice Behavior) ให้เขาตัดสินใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเองว่ากิจกรรมใดที่เลือกแล้วจะทำให้ตนเองบรรลุเป้าหมาย ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น และบรรลุเป้าหมายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้วัยร่นตอนต้นสามารถลดน้ำหนักได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sanprick (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนจรรเกียรติศึกษา จังหวัดภูเก็ต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงโดยก่อนทดลองมีน้ำหนักตัวเริ่มอ้วน ($25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$) คิดเป็นร้อยละ 57.14 และ หลังทดลองมีน้ำหนักตัวสมส่วน ($18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$) คิดเป็นร้อยละ 68.57

4. ผลการศึกษาความพึงพอใจของเด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพ พบว่า เด็กวัยร่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพมีความพึงพอใจต่อการ

ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพเป็นโปรแกรม มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย โดยกิจกรรมเหล่านั้นต่างเป็นกิจกรรมที่เด็กวัยรุ่นตอนต้นสามารถ เลือกลักษณะและประเภทของกิจกรรมได้เอง รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จ ว่าในกิจกรรมใดที่ตนเองเลือกทำแล้วจะทำให้ตนเองสามารถลดน้ำหนักได้ ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น และบรรลุเป้าหมายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้วัยรุ่นตอนต้นสามารถลดน้ำหนักได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sanprick (2017) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนขจรเกียรติศึกษา จังหวัดภูเก็ต โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงโดยก่อนทดลองมีน้ำหนักตัวเริ่มอ้วน (25.0-29.9 kg/ m²) คิดเป็นร้อยละ 57.14 และ หลังทดลอง มีน้ำหนักตัวสมส่วน (18.5-22.9 kg/ m²) คิดเป็นร้อยละ 68.57 เมื่อการเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแล้วบรรลุเป้าหมายจึงทำให้เด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมีความพึงพอใจต่อการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทการส่งเสริมสุขภาพของอาจารย์ในโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของวัยรุ่นตอนต้นที่มีภาวะโภชนาการเกินเพื่อให้วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินสามารถควบคุมหรือลดน้ำหนักให้อยู่ในระดับมาตรฐาน

2. ผลการวิจัย พบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ จึงควรออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้วัยรุ่นตอนต้นที่มีน้ำหนักเกินสามารถกำหนดออกแบบการออกกำลังกายด้วยตนเอง รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักและรับรู้ ว่าตนเองสามารถกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวอย่างต่อเนื่องในเด็กวัยรุ่นตอนต้น เพื่อให้มีการควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมในระยะยาว

รายการอ้างอิง

- Namyota, C,Wongprachum, K.,Toontom,N,&Bourneo, N. (2022). Effects of a nutritional-promoting program on reducing prevalence of overweight and obesity in school-age children. *J Sci Technol MSU*, 5(1)49-61.(in Thai)
- Lueamsaisuk, C. &Puechphol,W.(2018). Nutritional Knowledgeand Healthy Food Eating Behaviors of Students in Surat Thani Rajabhat University. *Panyapiwat Journal*, 10(3), 73 – 83. (in Thai)
- Thongtaeng, P. &Seesawang,J (2012). Overweight in Thai Children. *Rama Nurs J*,18(3), 287 – 297.(in Thai)

- Sanprick, S,. (2017). Effects of Behavior Modification Program on Overweight on Matayomsuksa 1 students, Kagornkieansuksa, PhuketProvinceCommunity Health Development Quarterly Khon Khan University.5(2), 297-314. (in Thai)
- Khanteerueng, P., (2014). Weight control curriculum development for Matayomsuksa 1 students, DepsirinklongsipsamPhatumthaniSchool .Master degree of Curriculum Research and Development Pro. Rajamangala University of Technology. (in Thai)
- ThanyaburPitayastienanan,P et al , (2011). *Impact of Overweight and Obesity on Health-care Costs in Thailand*, Research Report. Journal of Health Systems Research. (in Thai)
- Pichairat, A &Tiparat, W., (2014). Effectof Health Alliance Programon Food Consumption and ExerciseBehaviors, and Weight of Obese School Aae Childrenin Rural Area, Trang Province, *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(3), 64-76.(in Thai)
- Sankhatip, A, &Lowiraporn ,S(2560). Food Consumption Behavior and Nutritional Status of Secondary School Students in Kudpladug Sub-district, Chuenchom District, Mahasarakham Province, *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University* ,9(1), 178 – 189.(in Thai)
- Bunnag, A. Sangperm, P,Jungsomjatepaisal, W, Pongsaranunthakul, Y, Leelahakul, V, (2012).The Effects of Behavioral Modification for Eating and Exercising Behavior in Overweight Adolescents. *J Nurs Sci*,30(4), 37-48.(in Thai)
- Chaboonraung, S., Rodcumdee,B. (2014).Effects of A Self –Efficacy Promoting Program by Peer Group on Food Consumption and Physical Exercise Behavior in Overweight Early Adolescents.*Journal of Nursing and Health Care*, 32(3) 119-126.(in Thai)
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. New York: Academic Press (Reprinted in H.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 159–171.
<https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x>

การยกระดับมาตรฐานการผลิตขนมจีนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

เรวัต ไชยเพชร, กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี,
e-mail; rchaipet@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามหลักกิจกรรม 5ส ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย ศึกษาสภาพการณ์ ออกแบบแนวทางการพัฒนาของผู้ประกอบการร่วมกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ดำเนินการพัฒนาและประเมินผลในสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร GMP 420 และ 5ส ตรวจวิเคราะห์ด้านจุลินทรีย์และด้านเคมีของตัวอย่างขนมจีน เปรียบเทียบผลก่อนหลังการพัฒนาระยะเวลา 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบการผลิตขนมจีนจังหวัดสุราษฎร์ธานี 16 แห่ง

ผลการวิจัย พบว่า วิธีการพัฒนา ประกอบด้วย 1) แจ้งผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตขนมจีนและให้คำแนะนำกับผู้ประกอบการ 2) จัดทำคู่มือการผลิตขนมจีน 3) ติดตามผลการดำเนินการและให้คำปรึกษา 4) จัดทำช่องทางสื่อสารออนไลน์ และ 5) สนับสนุนการพัฒนาด้วยกิจกรรม 5ส หลังการพัฒนาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ GMP ของสถานที่ผลิตขนมจีนทุกหมวดมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .05$) แต่ผ่านเกณฑ์การประเมินเพียง 3 แห่ง (ร้อยละ 18.8) ค่าคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ 5 ส ในหมวด สะอาด สุขลักษณะ และสร้างนิสัย มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < .05$) ผลการวิเคราะห์ตัวอย่างขนมจีนด้านจุลินทรีย์และด้านเคมีอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ประกอบการและพนักงานเจ้าหน้าที่ในการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีน ส่งผลต่อการยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตขนมจีน ควรส่งเสริมให้ผู้ประกอบการทุกแห่งพัฒนาตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส ในส่วนเกณฑ์ GMP 420 เหมาะสมสำหรับสถานที่ผลิตขนมจีนขนาดใหญ่

คำสำคัญ: การยกระดับมาตรฐานการผลิตขนมจีน, หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร, ขนมจีน

Raising Production Standards of Rice Noodles in Suratthani Province

Rawat Chaipet, Health Consumer Protection Department and Pharmacy Surat Thani provincial public health office , e-mail; rchaipet@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate Rice Noodles production sites following the good manufacturing practice (GMP 420) and the 5S activities. This study consisted of the situation, designing development methods by entrepreneurs and government workers, developing rice noodles production sites, and evaluation using criteria of GMP420, 5S activities. In addition, rice noodles were both microbiological tested and chemically tested. Sixteen respondents were entrepreneurs of rice noodles production sites. Pre-test and post-test were conducted at baseline and twelve month, respectively

The results found that the development method of rice noodle sites included 1) notifying the result of the evaluation to entrepreneurs, 2) producing the manufacturing, 3) monitoring and consulting 4) setting up the online communication, and 5) developing the following 5s activities. After the end of the development process, the average score of rice noodle sites using GMP 450 was significantly higher ($p\text{-value} < .05$) in every topic. However, 3 of 16 (18.8 per cent) rice noodle sites passed GMP 450 criteria. The average score of rice noodle sites using 5S activities was significantly higher ($p\text{-value} < .05$) in shine, standardize, and sustain topics. In addition, all of the samples of rice noodles were safe.

The development method designed by participatory entrepreneurs and government workers influenced the raising of the standard of rice noodle sites. All of them should be developed following 5S activities as the priority. However, GPM 420 was suitable for large rice noodle sites.

Keywords: Raising Production Standards of Rice Noodles , Good Manufacturing Practice ; GMP , Rice Noodles

บทนำ

โรคติดต่อทางอาหารและน้ำเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ในแต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยได้แก่ โรคอาหารเป็นพิษ อหิวาตกโรค โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคไวรัสตับอักเสบ เอ โรคอาหารเป็นพิษมีอัตราป่วยอยู่ใน 10 อันดับแรกของโรคที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังของสำนักโรคระบาดวิทยา และเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มวัยเรียน มักเกิดการระบาดเป็นวงกว้าง จากสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 1562.75, 1881.02, 1663.31, 1278.34 และ 822.91 ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2021) จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ อำนาจเจริญ รองลงมาคือ มุกดาหาร เชียงราย ระนอง และภูเก็ต สาเหตุหลักที่ทำให้อัตราป่วยโรคติดต่อทางอาหารและน้ำในยังคงติดอันดับโรคที่เฝ้าระวังอยู่ในปัจจุบันเนื่องจากประเทศไทยมีอากาศร้อนสลับกับมีฝนตก อาจเกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหารที่ทิ้งค้างไว้นาน การปรุงประกอบอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ อันตรายที่สำคัญของโรคนี้คือ การเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ อาจทำให้ช็อก หหมดสติ และภาวะขาดสารอาหาร กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับเชื้อสูงคือ กลุ่มนักเรียน ศูนย์เด็กเล็ก ค่าย หรือเรือนจำ อาจเกิดการระบาดใหญ่เป็นกลุ่มก้อนจากการจัดเลี้ยงอาหารในคนหมู่มากได้ และโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเล็กและผู้สูงอายุหากเกิดโรคแทรกซ้อนจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Department of Disease Control, 2021)

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร เป็นหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) สำหรับอาหารที่ผลิตเพื่อจำหน่าย ยกเว้น สถานที่ผลิตอาหารทั่วไป ประเภทแป้งและผลิตภัณฑ์ GMP เป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิตและควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตาม และทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย โดยเน้นการป้องกันและขจัดความเสี่ยงที่อาจทำให้อาหารเป็นพิษ เป็นอันตราย หรือเกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้บริโภค

ขนมจีนเป็นอาหารพื้นเมืองที่นิยมบริโภคกันอย่างแพร่หลายแทบทุกท้องถิ่นของประเทศไทย ขนมจีนจัดเป็นอาหารทั่วไป ประเภทแป้งและผลิตภัณฑ์ สถานที่ผลิตขนมจีนจึงไม่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP 420 อีกทั้งผู้ผลิตขนมจีนส่วนใหญ่เป็นการผลิตในระดับครัวเรือน ไม่ต้องขออนุญาตผลิต การควบคุมทำได้ยาก การบริโภคขนมจีนโดยไม่นำไปผ่านความร้อนโดยการลวกหรือนึ่งก่อนการบริโภคจึงมักประสบปัญหาเส้นขนมจีนสดเน่าเสียง่าย ผู้บริโภครับประทานแล้วเกิดโรคอาหารเป็นพิษ เนื่องจากการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้บริโภค จากการทบทวนวรรณกรรม Tassanrungruang (2017) สุ่มตรวจสอบเส้นขนมจีนทั้งหมด 17 ยี่ห้อ ตามแหล่งซื้อต่างๆ พบว่า **ขนมจีนทุกยี่ห้อมีการใส่สารกันบูด** แต่มีขนมจีน 2 ยี่ห้อที่มีการใส่สารกันบูดเกินมาตรฐาน พบสารกันบูดเกินค่ามาตรฐานปริมาณ 1,274.55 มก./กก. และ 1,114.24 มก./กก. ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 418) เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร อนุญาตให้ใช้กรดเบนโซอิก ได้สูงสุดไม่เกิน 1,000 มก./กก. โดยปกติร่างกายไม่ควรได้รับวัตถุกันเสียเกินกว่า 5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม การได้รับวัตถุกันเสียมากเกินไป ย่อมเกิดอันตราย กรณีพิษเฉียบพลัน เมื่อได้รับปริมาณสูง เกิดอาการคลื่นไส้ หายใจไม่ออก และหมดสติ ในกรณีพิษกึ่งเรื้อรังและพิษเรื้อรัง (Nattaporn, 2015) ดังนั้น จำเป็นที่ต้องให้การสนับสนุนให้ผู้ประกอบการผลิตขนมจีนเห็นคุณค่าและความสำคัญต่อการสร้างมาตรฐานความปลอดภัยในการผลิตสินค้าออกมาจำหน่าย โดยที่ผ่านมามีงานวิจัยที่ค้นพบว่าการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สถานที่ผลิตเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร การสร้างมาตรฐานและให้ความสำคัญต่อกิจกรรม 5ส

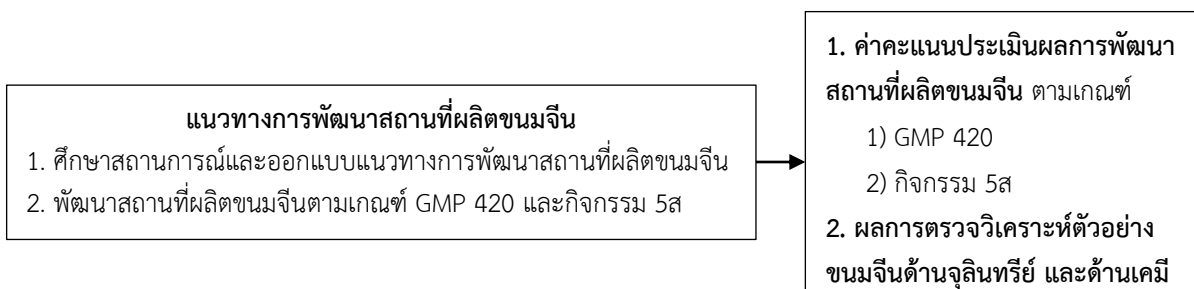
สามารถยกระดับมาตรฐานสินค้าให้เกิดความน่าเชื่อถือ เช่น หลักปรับปรุงคุณภาพการผลิตโดยยึดหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้าน การบำรุงรักษาและการทำความสะอาดและด้านสุขาภิบาลอยู่ในระดับมาก นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านเครื่องมือ เครื่องจักรอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต ด้านสถานที่ตั้งและอาคารการผลิต และด้านการควบคุมกระบวนการผลิต (Korbuakaew, 2014) การประเมินโรงสีข้าวสังข์หยดทั้งก่อนและหลังการปรับปรุง กระบวนการผลิตตามมาตรฐาน GMP ด้วยวิธี 5ส แล้ว พบว่าผ่านทุกด้าน (Thanonkaew, 2016)

จากการสำรวจสถานที่ผลิตขนมจีนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 32 แห่ง ซึ่งพบว่าทั้ง 32 แห่ง ยังไม่มีสถานที่ใดผ่านมาตรฐานการผลิต GMP 420 (Consumer Protection in Public Health of Suratthani Public health, 2020) ดังนั้น การพัฒนาขนมจีนให้ได้มาตรฐานถูกสุขลักษณะ จำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการ จึงได้ศึกษาการยกระดับมาตรฐานการผลิตอาหาร “ขนมจีน” จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้สถานที่ผลิตเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร อันเป็นการลดความเสี่ยงอันตรายต่อการบริโภคขนมจีนของผู้บริโภค เพื่อพัฒนาคุณภาพขนมจีนให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยและสร้างทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคในการเลือกรับประทานขนมจีนที่สะอาดปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนามาตรฐานสถานที่ผลิตขนมจีนโดยการนำมาตรฐานการผลิตที่ดี GMP 420 ร่วมกับการปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส มาประยุกต์ใช้ในการควบคุมความปลอดภัย เรื่องสถานที่และกระบวนการผลิตขนมจีน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และประเมินผลการพัฒนาตามแนวทางที่ได้ออกแบบขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพการณ์ (Situation Analysis) โดยการทบทวนเอกสาร บทความ วรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ประกอบการผลิตขนมจีน และประเมินสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร GMP 420 และตามเกณฑ์ การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส โดยพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติอาหาร สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี (Pre-test)

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบแนวทางการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีน ผู้วิจัยร่วมพนักงานเจ้าหน้าที่ พระราชบัญญัติอาหารได้นำผลจากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 ประกอบกับเกณฑ์แนวทางการผลิตวิธีการที่ดี ในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามหลักกิจกรรม 5ส มาสังเคราะห์ จากนั้นประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารตามแนวทางที่ได้ออกแบบ

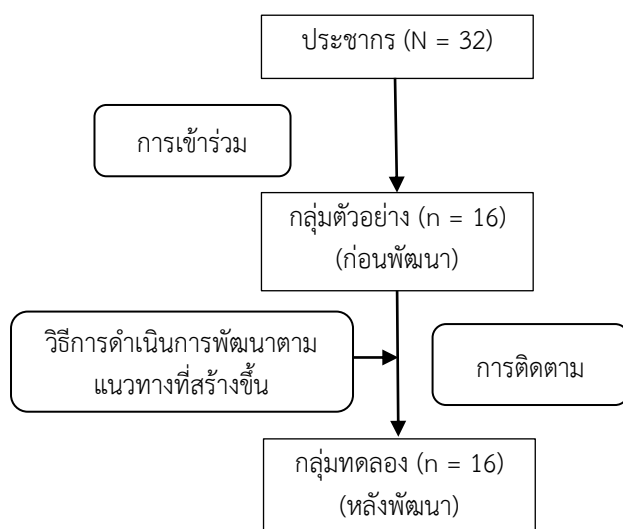
ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลสถานที่ผลิตอาหารประเมินผลหลังจากพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีน (Post- test) ในประเด็น 1) คะแนนสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร GMP 420 2) คะแนนสถานที่ผลิตขนมจีนตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส และ 3) การตรวจวิเคราะห์ ด้านจุลินทรีย์และด้านเคมีของขนมจีน ซึ่งใช้ระยะเวลาห่างจากก่อนการพัฒนา 12 เดือน

ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ระยะเวลาในการดำเนินงาน ตั้งแต่ เมษายน 2564 – มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ประกอบการผลิตขนมจีน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 32 คน (Consumer Protection in Public Health of Surratthani Public health, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ประกอบการผลิตขนมจีน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 16 คน ด้วยวิธีการ คัดเลือกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบการสถานที่ผลิตขนมจีน ใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ยินดีรับการตรวจประเมินและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ดังภาพ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสนทนากลุ่มสำหรับการสนทนากลุ่มผู้ประกอบการผลิตขนมจีน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัย สร้างประเด็นคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์การผลิตขนมจีน ปัญหาในการผลิต มาตรฐานการผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP การพัฒนาสถานที่ผลิต
2. แบบสอบถามการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีน สำหรับผู้ประกอบการผลิต ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา เคยผ่านการอบรมเรื่องเกี่ยวกับสุขลักษณะในการผลิต ประเภทสถานที่ผลิต ลักษณะอาคารสถานที่ผลิตใช้วัสดุ เส้นขนมจีนทำมาจาก การใช้วัตถุดิบเสีย
3. บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2 (63) ตามหลักหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 76 ง, 2 เมษายน 2564. ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวดสถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา 2) หมวดเครื่องมือเครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา 3) หมวดการควบคุมกระบวนการผลิต 4) หมวดการสุขาภิบาล และ 5) หมวดสุขลักษณะส่วนบุคคล แต่ละหมวดคิดคะแนนเป็นร้อยละ และร้อยละคะแนนรวมของทุกหมวด เกณฑ์ผ่านการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตามเกณฑ์ GMP 420 คะแนนรวมแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง
4. แบบประเมินกิจกรรม 5ส ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวด ส. สะสาง 2) หมวด ส. สะดวก 3) หมวด ส. สะอาด 4) หมวด ส. สุขลักษณะ และ 5) หมวด ส. สร้างนิสัย แต่ละหมวดคิดคะแนนเป็นร้อยละ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถาม มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม อยู่ในช่วง .67-1.00 ถือว่าข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus Groups) จะถูกนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และค้นหาประเด็นสำคัญโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหากลุ่มคำที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และจำแนกประเด็นหลัก
2. วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ สำหรับข้อมูลผู้ประกอบการและสถานที่ผลิตเส้นขนมจีน และทดสอบความแตกต่างด้วยการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-Test) ก่อนและหลังการพัฒนาตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2021-010 ลงวันที่ 9 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

ผลการการยกระดับมาตรฐานการผลิตขนมจีนในจังหวัดสุราษฎร์ธานีนำเสนอผลเป็น 2 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1.วิธีการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5ส 2.ผลการประเมินผลการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนโดยใช้เกณฑ์ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ตามเกณฑ์การปฏิบัติตามหลักกิจกรรม 5 ส และผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างขนมจีนด้านจุลินทรีย์และด้านเคมี รายละเอียดดังนี้

1. วิธีการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) และตามหลักกิจกรรม 5ส

กลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่มผู้ประกอบการผลิตขนมจีนจังหวัดสุราษฎร์ธานีจำนวน 16 คนพบว่า ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 62.5 และเป็นผู้ชายร้อยละ 37.5 มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ 20-39 ปี ร้อยละ 31.3 และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 25 และระดับการศึกษาประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญาหรือปวส. และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 18.8 และ 18.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะที่ดีในการผลิตอาหารคิดเป็นร้อยละ 75.0 และผ่านการอบรมหรือการให้ความรู้เพียงร้อยละ 25.0 สถานที่ผลิตเส้นขนมจีนโดยส่วนใหญ่เป็นโรงเรือนแบบเปิดคิดเป็นร้อยละ 56.3 โรงเรือนแบบปิดร้อยละ 25 และเป็นอาคารพาณิชย์อีกร้อยละ 18.8 ก่อสร้างด้วยอาคารปูน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และเป็นอาคารผลิตแบบไม้ผสมปูนคิดเป็นร้อยละ 37.5 ตั้งอยู่ในบริเวณชุมชน คิดเป็นร้อยละ 81.2 และอยู่ในสวนร้อยละ 18.8 กระบวนการผลิตมีการใช้วัตถุดิบเสียร้อยละ 12.5 และไม่ใช้วัตถุดิบเสียร้อยละ 87.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการและสถานที่ผลิตเส้นขนมจีน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	37.5
หญิง	10	62.5
อายุ		
20-39 ปี	5	31.3
40-59 ปี	7	43.8
60 ปีขึ้นไป	4	25.0
วุฒิการศึกษาของผู้ประกอบการ		
ต่ำกว่า ม.ต้น	4	25.0
ม.ปลาย/ปวช.	6	37.5
ปวส/อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	3	18.8
ปริญญาตรี	3	18.8
ประสบการณ์ในการอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขลักษณะในการผลิตอาหารของผู้ประกอบการ		
เคย	4	25.0
ไม่เคย	12	75.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ประกอบการและสถานที่ผลิตเส้นขนมจีน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทสถานที่ผลิตเส้นขนมจีน		
อาคารพาณิชย์	3	18.8
โรงเรือนเปิด	9	56.3
โรงเรือนปิด	4	25.0
ลักษณะอาคารสถานที่ผลิต		
ปูน	10	62.5
ไม้ผสมปูน	6	37.5
ที่ตั้งของสถานที่ผลิต		
อยู่ในชุมชน	13	81.2
อยู่ในสวน	3	18.8
การใช้วัตถุดิบเสียในกระบวนการผลิต		
ใช่	2	12.5
ไม่ใช่	14	87.5

จากการสนทนากลุ่ม (Focus Groups) ผู้ประกอบการผลิตขนมจีน 16 แห่ง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และตรวจประเมินสถานที่ผลิตโดยพนักงานเจ้าหน้าที่พระราชบัญญัติอาหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อมาตรฐานสถานที่ผลิตขนมจีน ดังนี้ 1) สถานที่ผลิตไม่ได้มาตรฐานเนื่องจาก สถานที่ไม่ได้เป็นระบบปิดอย่างมิดชิดจึงไม่สามารถป้องกันสัตว์และแมลงได้ 2) อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่ใช้ในการผลิตยังไม่มีเก็บอย่างถูกสุขลักษณะ 3) สถานที่ผลิตขนมจีนมีขนาดเล็ก และผู้ประกอบการขาดทุนทรัพย์ในการปรับปรุงสถานที่ผลิต และ 4) ผู้ประกอบการขาดองค์ความรู้ในเรื่องมาตรฐานการผลิต

ผู้วิจัยได้ออกแบบแนวทางในการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนเพื่อให้เหมาะสมต่อสภาพการณ์ของผู้ประกอบการ โดยมีรายละเอียดวิธีการ ดังนี้ 1) แจ้งผลการการตรวจประเมินสถานที่ผลิตขนมจีนและให้คำแนะนำกับผู้ประกอบการผลิต 2) จัดทำคู่มือการผลิตขนมจีนตามเกณฑ์มาตรฐานการผลิตที่ดี และการแก้ไขปัญหาในการผลิต 3) ติดตามผลการดำเนินการและให้คำปรึกษา 4) จัดทำช่องทางสื่อสารออนไลน์ไลน์กลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ 5) ส่งเสริมให้สถานที่ผลิตขนมจีนทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กิจกรรม 5ส

2. ผลการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐาน

ในการประเมินผลการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐานนั้นผู้วิจัยได้ประเมินผลใน 3 ประเด็นได้แก่ ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์ GMP 420 ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักกิจกรรม 5ส และผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างขนมจีนด้านจุลินทรีย์และด้านเคมี ซึ่งมีการประเมินผลก่อนและหลังการพัฒนาสถานที่ผลิตตามแนวทางที่ออกแบบ เป็นระยะเวลา 12 เดือน รายละเอียดดังนี้

2.1 ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารตาม GMP 420

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนโดยรวมและรายละเอียดตามเกณฑ์ประกอบด้วยของสถานที่ผลิตขนมจีนตามเกณฑ์ GMP 420 แบ่งออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวดสถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา 2) หมวดเครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา 3) หมวดการควบคุมกระบวนการผลิต 4) หมวดการสุขาภิบาล และ 5) หมวด

สุลักษณ์ส่วนบุคคล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ GMP 420 ของโรงงานทั้ง 16 แห่ง ทั้งแบบรวมทุกหมวดและแบบจำแนกรายหมวด หลังจากได้รับการพัฒนามีค่าสูงกว่าค่าคะแนนก่อนการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตามมีสถานที่ผลิตขนมจีน 3 แห่งจาก 16 แห่ง (ร้อยละ 18.8) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของ GMP 420 (ร้อยละคะแนนรวมแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารตาม GMP 420 ของสถานที่ผลิตขนมจีน

การตรวจประเมิน	Mean, (SD.)	t-value	df	p-value
หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา				
ก่อน	51.56, (12.81)	-4.406	15	0.001*
หลัง	61.46, (13.04)			
หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา				
ก่อน	69.92, (9.74)	-2.423	15	0.029*
หลัง	72.27, (10.20)			
หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต				
ก่อน	72.10, (5.79)	-5.713	15	<0.001*
หลัง	78.01, (6.03)			
หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล				
ก่อน	37.11, (11.29)	-6.018	15	<0.0001*
หลัง	51.56, (10.08)			
หมวดที่ 5 สุลักษณ์ส่วนบุคคล				
ก่อน	52.68, (15.62)	-5.680	15	<0.001*
หลัง	65.63, (9.48)			
ร้อยละคะแนนรวมทุกหมวด				
ก่อน	59.56, (7.05)	-9.806	15	<0.001*
หลัง	67.99, (7.57)			

* $p < 0.05$

2.2 ผลการประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักกิจกรรม 5ส

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนโดยรวมและรายหมวดตามเกณฑ์ประกอบด้วยของสถานที่ผลิตขนมจีนตามเกณฑ์ 5ส แบ่งออกเป็น 5 หมวด ได้แก่ 1) หมวด ส. สะสาง 2) หมวด ส. สะดวก 3) หมวด ส. สะอาด 4) หมวด ส. สุลักษณ์ และ 5) หมวด ส. สร้างนิสัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนตามเกณฑ์ 5ส ของโรงงานทั้ง 16 แห่ง หลังจากได้รับการพัฒนามีค่าสูงกว่าค่าคะแนนก่อนการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ใน 3 หมวด ได้แก่ หมวด ส. สะสาง หมวด ส. สุลักษณ์ และหมวด ส. สร้างนิสัย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินการกิจกรรม 5ส ของสถานที่ผลิตขนมจีน

กิจกรรม 5ส	Mean, (SD.)	t-value	df	p-value
1. ส. สะสาง				
ก่อน	59.23, (15.84)	-4.251	15	0.001*
หลัง	72.92, (17.28)			
2. ส. สะดวก				
ก่อน	52.75, (9.71)	-1.480	15	0.159
หลัง	57.50, (12.38)			
3. ส. สะอาด				
ก่อน	60.16, (15.79)	-1.354	15	0.196
หลัง	67.19, (18.33)			
4. ส. สุขลักษณะ				
ก่อน	60.05, (9.55)	-5.605	15	<0.001*
หลัง	72.28, (12.39)			
5. ส. สร้างนิสัย				
ก่อน	50.83, (14.58)	-3.788	15	0.002*
หลัง	66.25, (15.10)			

* $p < 0.05$

2.3 ผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างขนมจีนด้านจุลินทรีย์ และด้านเคมี

เมื่อทำการเก็บตัวอย่างขนมจีนจากทั้ง 16 แห่ง เพื่อทำการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างขนมจีนด้านจุลินทรีย์ และด้านเคมี ณ ห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี พบว่า ด้านจุลินทรีย์ (เชื้อก่อโรค) อันได้แก่ *Salmonella* spp. *Staphylococcus aureus* *Bacillus cereus* และ *Clostridium perfringens* และด้านเคมี ได้แก่ กรดเบนโซอิก (1,000mg/kg) กรดซอร์บิก (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 418 เรื่อง วัตถุเจือปนอาหาร) ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาไม่เกินมาตรฐาน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการตรวจด้านจุลินทรีย์ และเคมี จากห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

ที่	ผลวิเคราะห์เส้นขนมจีนก่อน		ผลวิเคราะห์เส้นขนมจีนหลัง	
	เคมี (กรดเบนโซอิก: mg/kg)	จุลินทรีย์	เคมี (กรดเบนโซอิก: mg/kg)	จุลินทรีย์
1	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓
3	✓ (265)	✓	✓ (220)	✓
4	✓ (109)	✓	✓ (327)	✓
5	✓ (116)	✓	✓ (249)	✓
6	✓ (186)	✓	✓	✓
7	✓	✓	✓ (119)	✓
8	✓	✓	✓ (33)	✓
9	✓	✓	✓ (77)	✓
11	✓ (193)	✓	✓	✓

ตารางที่ 4 ผลการตรวจด้านจุลินทรีย์ และเคมี จากห้องปฏิบัติการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11
สุราษฎร์ธานี (ต่อ)

ที่	ผลวิเคราะห์เส้นขนมจีนก่อน		ผลวิเคราะห์เส้นขนมจีนหลัง	
	เคมี (กรดเบนโซอิก: mg/kg)	จุลินทรีย์	เคมี (กรดเบนโซอิก: mg/kg)	จุลินทรีย์
12	✓	✓	✓ (151)	✓
13	✓ (117)	✓	✓ (104)	✓
14	✓	✓	✓ (112)	✓
15	✓	✓	✓	✓
16	✓ (980)	✓	✓ (149)	✓

✓ หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตัวเลขในวงเล็บคือ จำนวนกรดเบนโซอิกที่พบ ไม่พบกรดซอร์บิก

ค่ามาตรฐาน *Salmonella spp.* ไม่พบใน 25 กรัม *Staphylococcus aureus* ไม่เกิน 100 ใน 1 กรัม (CFU/g)

Bacillus cereus ไม่เกิน 100 ใน 1 กรัม (CFU/g) *Clostridium perfringens* ไม่เกิน 100 ใน 1 กรัม (CFU/g)

อภิปรายผล

ผู้ประกอบการผลิตขนมจีนไม่มีความรู้ในเรื่องของมาตรฐานการผลิตที่ดีตามเกณฑ์ GMP 420 เนื่องจากสถานที่ผลิตขนมจีนส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นธุรกิจครอบครัวที่ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น สถานที่ผลิตมีขนาดเล็กไม่เข้าข่ายโรงงาน และสถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายประเภทสถานที่ผลิตอาหารที่ต้องบังคับใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP 420) ในการผลิตอย่างเคร่งครัด และไม่มีข้อกำหนดให้สถานที่ผลิตขนมจีนต้องได้รับการตรวจโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหารเหมือนอาหารบางประเภท เช่น สถานที่ผลิตน้ำดื่ม สถานที่ผลิตอาหารในภาชนะปิดสนิท สถานที่ผลิตขนมบรรจุหีบห่อ เป็นต้น อย่างไรก็ตามมาตรฐานการผลิตที่ดีตามเกณฑ์ GMP 420 ได้กำหนดมาตรฐานในแต่ละหมวดต่างๆไว้อย่างชัดเจนทั้งในด้าน 1) หมวดสถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา 2) หมวดเครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา 3) หมวดการควบคุมกระบวนการผลิต 4) หมวดการสุขาภิบาล และ 5) หมวดสุขลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามมาตรฐาน แต่ผู้ประกอบการอาจต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องในระยะแรก

การออกแบบวิธีการพัฒนามาตรฐานของสถานที่ผลิตขนมจีนในการศึกษานี้ได้จากสังเคราะห์ข้อมูลทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ประกอบการ และพนักงานเจ้าหน้าที่ที่สามารถออกแบบวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1) สรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตขนมจีน และให้คำแนะนำกับผู้ประกอบการผลิต 2) จัดทำคู่มือการผลิตขนมจีนตามเกณฑ์ GMP และการแก้ไขปัญหาในการผลิตให้กับผู้ประกอบการผลิต 3) ติดตามการดำเนินการและให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ลงพื้นที่ หรือทางโทรศัพท์ 4) สร้างช่องทางสื่อสารออนไลน์กลุ่มโรงขนมจีนต้นแบบสุราษฎร์ธานี ให้คำปรึกษา ติดตามการปรับปรุงตามคำแนะนำ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ 5) ส่งเสริมให้สถานที่ผลิตขนมจีนทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กิจกรรม 5ส

ผลการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนให้ได้มาตรฐานแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าสถานที่ผลิตขนมจีนมีมาตรฐานการผลิตที่สูงขึ้นทั้งการประเมินตามเกณฑ์ GMP 420 และ 5ส รวมทั้งผลการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างอาหารด้านจุลินทรีย์และด้านเคมียังคงผ่านเกณฑ์มาตรฐานซึ่งเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าอาหารมีความปลอดภัย ดังนั้นมีความเป็นไปได้สูงที่จะนำวิธีการพัฒนาที่ได้ออกแบบขึ้น นำมาใช้ยังสถานที่ผลิตขนมจีนอื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ประกอบการตระหนักถึงความสำคัญ และความต้องการพัฒนาให้ขนมจีนที่ผลิตมี

คุณภาพ ดำเนินการผลิตมาตรฐานตาม GMP 420 และ 5ส อีกทั้งการผลิตขนมจีนตามวิธีการมาตรฐาน ยังคงรักษารสชาติและความยืดหยุ่นของเส้นขนมจีนซึ่งเป็นอัตลักษณ์ของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanonkaew (2016) ที่ได้มีการประเมินโรงสีข้าวสังข์หยดซึ่งไม่บังคับใช้มาตรฐาน GMP 420 เช่นเดียวกับการผลิตขนมจีน หากได้รับการพัฒนากระบวนการผลิตตามมาตรฐาน GMP ด้วยวิธี 5ส แล้ว พบว่า ผลประเมินกระบวนการผลิตของโรงสีข้าวสังข์หยด บ้านเขากลางผ่านการประเมินตามมาตรฐาน GMP ในทุกด้าน

อย่างไรก็ตามหากใช้เกณฑ์ประเมินการผ่านมาตรฐานในการประเมินผลสถานที่ผลิตอาหารของกลุ่มตัวอย่างตาม GMP 420 ซึ่งกำหนดให้คะแนนรวมแต่ละหมวดไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องรุนแรง ซึ่งมีสถานที่ผลิตขนมจีนเพียง 3 แห่ง จาก 16 แห่ง (ร้อยละ 18.8) เนื่องจากการพัฒนามาตรฐานตามเกณฑ์ GMP 420 ต้องใช้งบประมาณสูง ซึ่งสถานที่ผลิตขนมจีนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ดำเนินงานมานานและผู้ประกอบการขาดแคลนทุนทรัพย์เพื่อใช้ในการปรับปรุงอาคารสถานที่รวมทั้งอุปกรณ์ ดังเช่นการศึกษาของ Korbuakaew (2014) แสดงให้เห็นว่าสภาพการดำเนินงานด้านการผลิตสินค้า OTOP ในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม ประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่มีการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่า ด้านการบำรุงรักษาและการทำความสะอาดและด้านสุขาภิบาลอยู่ในระดับมาก นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านบุคลากรด้านเครื่องมือ เครื่องจักรอุปกรณ์ที่ใช้ในการผลิต ด้านสถานที่ตั้งและอาคารการผลิต และ ด้านการควบคุมกระบวนการผลิต

การส่งเสริมให้ผู้ประกอบการพัฒนาสถานที่ผลิตขนมจีนตามเกณฑ์กิจกรรม 5ส จึงเป็นบันไดขั้นแรกในการยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตขนมจีนและมีโอกาสความเป็นไปได้มากกว่าการใช้เกณฑ์ GMP 420 ในผู้ประกอบการผลิตขนมจีนขนาดเล็ก ดังนั้นการสร้างเกณฑ์มาตรฐานที่เฉพาะสำหรับขนมจีนอาจช่วยให้เกิดการพัฒนาที่ตรงเป้าและผู้ประกอบการใช้งบประมาณที่น้อยกว่าในการพัฒนาตามเกณฑ์ GMP 420 ซึ่งในประเทศไทยเองควรมีการพัฒนาแนวทางเฉพาะ รวมทั้งมีการบังคับใช้กฎหมายในการผลิตขนมจีนเพื่อให้เกิดยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตขนมจีนเชิงระบบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยได้ค้นพบวิธีการที่ใช้พัฒนาสถานที่ผลิตเส้นขนมจีนนั้นคือ ส่งเสริมกิจกรรม 5ส โดยควรกระตุ้นเน้นย้ำอยู่เสมอ รวมถึงการติดตามผลทั้งในรูปแบบออนไลน์ และการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมอย่างเป็นประจำยิ่งทำให้กระตุ้นจิตสำนึกให้แก่ผู้ประกอบการเป็นอย่างดี

2. ผลการศึกษาพบว่าผู้ประกอบการผลิตขนมจีนควรปรับปรุงทางด้านเทคโนโลยีการผลิตและการควบคุมคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบเบื้องต้นในระหว่างการผลิตควบคู่กับการส่งผลิตภัณฑ์ตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการเพื่อรักษามาตรฐานผลิตภัณฑ์และสอดคล้องกับการปรับสู่มาตรฐานการผลิตอาหารอาเซียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยในระยะต่อไปคือระยะติดตามผลทุก 6 เดือน เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาว่ามีการต่อยอดองค์ความรู้หรือมีการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานการผลิตที่ดี GMP 420 อย่างต่อเนื่องหรือไม่

2. ควรทำวิจัยในจังหวัดในพื้นที่ภาคใต้ เช่น จังหวัดสงขลา เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลแต่ละพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน
3. ควรทำวิจัยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการควบคุมติดตาม และพัฒนาสถานที่ผลิตอาหาร ส่งผลต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือไม่

ข้อจำกัดของงานวิจัย

จากสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ไม่สามารถติดตามการดำเนินการแก้ไขสถานที่ผลิตเส้นขนมจีนของผู้ประกอบการได้อย่างใกล้ชิด ส่งผลให้การพัฒนาสถานที่ผลิตเส้นขนมจีนเป็นไปได้ไม่สะดวก รวดเร็ว เนื่องจากมีผู้ประกอบการที่มีอายุค่อนข้างสูง ไม่สะดวกในการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลการแก้ไขสถานที่ผลิตขนมจีน และผู้ทำวิจัยก็ไม่สามารถเดินทางไปยังสถานที่ผลิตขนมจีนด้วยตนเองได้บ่อย และยังพบปัญหาในการดำเนินการแก้ไขโครงสร้างสถานที่ผลิต เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถติดต่อช่างมาแก้ไขโครงสร้าง อาคาร สถานที่ผลิตได้อย่างสะดวก

รายการอ้างอิง

- Thanonkaew, A. (2016). Development of Sangyod Rice Mill. Enter the standards of good practice for For a rice mill, a case study of Ban Khao Klang Community Enterprise Group. *Journal of Spatial Development Research*, 8(1):78-99.
- AOAC International. (2006). *Guidelines for laboratories performing microbiological and chemical analyses of food and pharmaceuticals*. Estados Unidos: AOAC International.
- Consumer Protection and Public Health Pharmacy Group Surat Thani Provincial Public Health Office . (2020). *Annual report. (Documents supporting the results of the year 2020)*. Surat Thani Provincial Public Health Office. (reproduce). (in Thai).
- Department of Disease Control (2020). *Thai Health Statistics*. Retrieved 20 October 2020, from <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/index.php>.
- Disease Control, Department of the Ministry of Public Health. (2017). Framework for the Strategic Government Action Plan, Department of Disease Control, Fiscal Year 2017. *Thai Journal of Ministry of Public Health*. (in Thai).
- Food and Drug Administration. (2008). Inspection Manual Production premises according to GMP criteria. Drinking water in sealed containers (2nd revision). *Food and Drug Administration Journal* (in Thai). (in Thai).
- Chanchai, Nattaporn. (2015). Production of Chinese snacks. fermented noodles with leavening The purity of Ban Mae Yang Pho community Rong Kwang District, Phrae Province. *Journal of Community Development and Quality of Life*, 3(2), 141-149. (in Thai).

- Tassanrungruang, N. (2017). Chaladsue randomly examined "Khanom Jeen" and discovered two brands of 100% contaminated preservatives that exceeded the standard. Isrannews Agency. Retrieved 18 July 2017 , from <https://www.isranews.org/content-page/item/58100-kanomchine.html>. (in Thai).
- Sangawang, S, and Sethitham, D. (2013). Application of Hazard Analysis and Critical Point System (HACCP) in Rice Noodles production process. A case study of Ubonratana District Khon Kaen Province. *Journal of Public Health Research Khon Kaen University*, 6(1),163-172. (in Thai).
- Korbuakaew, S. (2014). Technology transfer. Producing according to good production methods of the group of producers, one pound Bank One Product, Samut Songkhram Province. *Journal of Industrial Studies. Faculty of Education Srinakharinwirot University*, 8(2): 97-107. (in Thai).

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์, โรงพยาบาลสามง่าม พิจิตร, e-mail; dr.suteecherdchoo@hotmail.com

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา ยะลา, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; lahnirajra@hotmail.com

เจษฎากร โนนินทร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พิษณุโลก, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี,
e-mail; jetsadakon.n@psru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการถอดบทเรียน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร และ 2) เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ทำการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล และผู้นำชุมชน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 83 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 1) เป็นการจัดบริการเครือข่ายโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน 2) มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการจัดระบบบริการเครือข่ายที่ครบตามมาตรฐาน 3) มีระบบการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และเครือข่ายอย่างจริงจัง 4) มีกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบโดยมีการวางแผนงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งเครือข่าย และดำเนินงานตามแผน รวมถึงการประชุมวิเคราะห์ผลลัพธ์ของงาน และการติดตามอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้คณะทำงานที่มีมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง 5) มีทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้มแข็ง มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการดูแลติดตาม และสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง 6) ทีมสุขภาพมีกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน อย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทางการพัฒนาการดำเนินการบริหารจัดการการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ควรเป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ โดยการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและอุปกรณ์การให้บริการที่ครบถ้วนและมีมาตรฐาน และการพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการเชื่อมต่อข้อมูลทั้งเครือข่ายเพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การบริหารการจัดบริการเครือข่าย, การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

Factors of success in managing diabetes care services Health Network, Sam Ngam District, Phichit Province

Sutee Cherdchootrakulsak, Sam Ngam Hospital Phichit, e-mail; dr.suteecherdchoo@hotmail.com

Nirachara Lilahkul, Sirindhorn College of Public Health, Yala Province, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Royal Institute, e-mail; lahnirajra@hotmail.com

Jetsakorn Noin, Phibunsongkhram Rajabhat University Phitsanulok, Faculty of Science and Technology, e-mail; jetsadakon.n@psru.ac.th

Abstract

This research is a qualitative research by the process of lesson learned which has the objectives 1) To Lessons learned from the success factors in the management of diabetes care services Health network, Sam Ngam District, Phichit Province, and 2) To offer feedbacks for developing the management of diabetes care services. Health Network, Sam Ngam District, Phichit Province. Informant was public health personnel, diabetes care team, Village health volunteers, Diabetes patients and caregivers and community leaders Sam Ngam District Health Network Phichit Province 83 people. Data were collected by focus group discussion, and observation without participation

Results suggest that Factors of success in the management of diabetes care management The health network in Sam Ngam District, Phichit Province consists of 1) is a network service arrangement by a multi-disciplinary team of sub-district health promoting hospitals near home 2) is consistent and continuity of network service arrangements that meet standards 3) have a system Work that focuses on community participation 4) There is a systematic work process with a work plan for diabetic patient care throughout the network. and operate according to the plan Including meetings to analyze the results of the work and follow up regularly. 5) There is a strong team of village health volunteers. Committed and determined to follow up 6) The health team has a process for empowering caregivers in diabetic families. Village health volunteers and community leaders continually The guidelines for the development of the management of diabetes care services. Health Network, Sam Ngam District, Phichit Province It should be supervised by a multidisciplinary team of service units near home continuously and consistently by arranging the appropriate workforce and complete and standardized service equipment. and the development of a technology system to connect the entire network to enable effective tracking of diabetic treatment information

Recommendations from the results of this research can be used to develop a care system for patients with other chronic diseases with similar contexts

Keywords: success factors, network service management, diabetes care

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข 3.2 ล้านคน ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล โดยทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกรมควบคุมโรคณรงค์ให้ทีมสุขภาพให้ความสำคัญในการเข้าถึง 5 ประเด็น คือ การเข้าถึงอินซูลิน การเข้าถึงยารักษาโรคเบาหวาน การเข้าถึงการติดตามผลการดูแลด้วยตนเอง การเข้าถึงความรู้และการดูแลทางด้านจิตใจ การเข้าถึงอาหารเพื่อสุขภาพและสถานที่สำหรับการออกกำลังกาย เพื่อผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดความรุนแรง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Department of Disease Control, 2021)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง การรักษาที่มีจุดประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การบรรลุผลลัพธ์ดังกล่าว ต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันให้การดูแลรักษา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา สร้างทักษะการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง โน้มน้าวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริง กิจกรรมเหล่านี้ นอกจากได้ประโยชน์ในการรักษาแล้ว ยังเกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคเบาหวานและส่งเสริมสุขภาพด้วย นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังต้องควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิด โรคแทรกซ้อน โรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อนมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยไม่มีอาการ การดูแล รักษา โรคเบาหวานในระยะยาวจึงถือว่ามีความซับซ้อนในระดับหนึ่ง (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2017) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ และการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมาก

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสางาม จังหวัดพิจิตร เล็งเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดบริการแบบสหวิชาชีพทั้งเชิงรับและเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน จิตอาสา การกระจายผู้ป่วยโรคเบาหวานลงไปยังเครือข่าย การบริการเชิงรุกโดยสหวิชาชีพ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การบริการที่เน้นข้อมูลที่ทันเวลา และมีการใช้ข้อมูลที่ทันสมัยเสมอ การพัฒนาอาสาสมัครในการดูแลติดตามและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ดูแล การผสมผสานการดูแลที่ประกอบด้วยองค์กรหลายภาคส่วน การกำหนดแนวทางการดูแล การติดตาม การพัฒนาที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน การบริการด้วยรอยยิ้ม ซึ่งเมื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการในระดับมาก ส่งผลทำให้ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) จาก ร้อยละ 42.78 ในปี 2564 เป็นร้อยละ 35.19 ในปี 2565, ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน Re-admit ด้วยภาวะ hyperglycemia ใน 28 วัน ปี 2564 2.86 ลดลงเป็น ร้อยละ 0.70 ในปี 2565 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตา ในปี 2564 ร้อยละ 0.29 ลดลงเป็นร้อยละ 0.21 ในปี 2565 ร้อยละการเกิดโรคเบาหวานจากกลุ่มเสี่ยง 1.75 ในปี 2564 ลดลงในปี 2565 เป็นร้อยละ 1.28 ส่วนร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน Re-Admit ด้วย Hypoglycemia ใน 28 วัน ในปี 2564 ร้อยละ 2.86 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.82 ในปี 2565 (Performance Report Sam Ngam Hospital, 2020)

เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามง่าม ได้นำแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังของ แวกเนอร์ที่สำคัญ 6 ประการ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านระบบบริการ 2) ด้านการสนับสนุนการจัดการ ตนเอง 3) ด้านการออกแบบบริการ 4) ด้านการสนับสนุนการจัดการตัดสินใจ 5) ด้านระบบสารสนเทศ คลินิก และ 6) ด้านสิ่งสนับสนุนในชุมชน (Pannongpon, Promasatayaprot & Chumanaborirak, 2019) ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่าย สุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จนเกิดความสำเร็จเป็นที่น่าสนใจมาแล้วในระดับหนึ่ง ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่าย สุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร เพื่อค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่าทุกๆ การทำงานมักจะมีบทเรียนซ่อนอยู่เบื้องหลังความสำเร็จอยู่เสมอ เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงเทคนิค การทำงาน และแนวทางในการการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร และโรคอื่นเพื่อเพิ่มเป้าหมายและเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน ทำให้สามารถทำได้ดี ยิ่งขึ้นในครั้งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน ถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการให้บริการ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Descriptive Study) โดยกระบวนการ ถอดบทเรียน (Lesson-Learned Methodology) โดยประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน (Plainoi, 2013) คือ 1) ออกแบบกระบวนการถอดบทเรียนหลังการดำเนินงาน (After Action Review: AAR) 2) ดำเนินการ ถอดบทเรียนโดยการระดมความคิดจากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมในการถอดบทเรียน ทั้งระบบตั้งแต่การ เตรียมการ การดำเนินการ ความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับและปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และทั้ง ข้อเสนอแนะ 3) รายงานผลการถอดบทเรียนการตรวจสอบและยืนยันกับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน (Lesson-Learned Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรสาธารณสุขที่ทำการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัด พิจิตร และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล และผู้นำชุมชน คัดเลือกผู้ให้ ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้ 1) มีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ต่อเนื่อง 3) กรณีเป็น ผู้รับบริการผู้ป่วยเบาหวาน เคยเข้ารับบริการในสถานบริการของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จำนวน 83 คน ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน โภชนากร 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 1 คน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวานประจำโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน นักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน รวมทั้งหมด 23 คน

2. ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล ซึ่งเป็นตัวแทนจาก 8 พื้นที่ ๆ ละ 3 คน รวมเป็น 24 คน ซึ่งครอบคลุมตัวแทนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ และผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมเบาหวานได้ไม่ดี

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นตัวแทนจาก 8 พื้นที่ ๆ ละ 3 คน รวมเป็น 24 คน

4. แกนนำชุมชน ได้แก่ ตัวแทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน และตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวม 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย กระบวนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง การออกแบบบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสารสนเทศคลินิก และสิ่งสนับสนุนในชุมชน ผลลัพธ์เป็นอย่างไร ปัจจัยแห่งความสำคัญของกระบวนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัญหาอุปสรรค และทั้งข้อเสนอแนะ 2) แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) และ 3) อุปกรณ์สนามเช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน พิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถามและความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Pilot Study) กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทดสอบความชัดเจน ความครอบคลุม และมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามง่าม เพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ เก็บข้อมูลวิจัย

2) ประชุมเพื่อเตรียมทีมวิจัย

3) ทีมวิจัยประสานงานเตรียมชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายการยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4) ทีมวิจัยทำความคุ้นเคยชุมชน โดยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน

5) ทีมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน โดยการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

5) วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

6) จัดทำรูปเล่มรายงานการวิจัย

7) นำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ซึ่งมี ขั้นตอนการวิเคราะห์ (Jirawatkul, 2012) ดังต่อไปนี้ 1) ดำเนินการถอดเทป

จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม อ่านและทำความเข้าใจในข้อความ หรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึกที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนาม (Field Note) 2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อความในบันทึกภาคสนาม เอกสารจากการถอดเทป การสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำมาจัดประเด็นตั้งเป็นดัชนี 3) จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท 4) ตรวจสอบความหมายจากข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความหมายโดยการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน 5) สร้างข้อสรุป จากดัชนี หมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการ 2/2565 วันที่รับรอง 29 มีนาคม 2565 วันหมดอายุ 29 มีนาคม 2566 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของนักวิจัย และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการระบบให้บริการของคลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2) แนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ซึ่งจากผลการวิจัย โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ดูแล และผู้นำชุมชน สามารถสรุปประเด็นดังต่อไปนี้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการการบริหารจัดการการให้บริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพ อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย

1) ความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องของการจัดระบบบริการโดยการดูแลด้วยสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการมีแพทย์ตรวจในแต่ละพื้นที่ในวันคลินิกสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลโรคเบาหวานเกิดความมั่นใจในการรักษา เนื่องจากการได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเป็นในลักษณะแพทย์เจ้าของไข้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ที่คลินิกเรามาถึงจุดนี้ได้ เราคิดว่า...เพราะพวกเรา ทีมเรา ประชุมหารือกันสม่ำเสมอ และอีกอย่างคือ เรามีหมอมารวดด้วยนะ คนไข้เนี่ย ถ้ามีหมอมารวด เอาหูฟังมาจิ้มๆ ออก ก็หาย และเชื้อฟังไปครึ่งแล้วละ...” HC_NUR

2) การจัดการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน ด้วยทีมสหวิชาชีพที่ครบ ทำให้ลดระยะการเดินทาง ลดระยะเวลาการรอคอย ตลอดจนลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น ความเสี่ยงของการได้รับเชื้อโรค ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...แต่เดิมก็รับยาบ้าง ไม่รับยาบ้าง รพ.มันไกล ไปแล้วรอนาน ยิ่งตอนนี้มีโควิดด้วย รพ. น่ากลัวนะ พอ” PT_HSG

“...หมอมามาตรวจที่อนามัย ดีขึ้นมากเลย ป้าขอบพระคุณได้ไม่ต้องเดินทาง ป้ารับยาตลอดแล้วนะไม่ขาดยาเลย...”PT_HSG

3) ระบบการทำงานเป็นระบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน ติดตามและกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดและส่งต่อข้อมูลหรือการขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือกรณีที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ โดยให้บริการตลอดเวลาด้วยเทคโนโลยีกลุ่ม LINE หรือทางโทรศัพท์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...คือที่เราทำได้แบบนี้เพราะเราให้ความสำคัญกับเครือข่าย ให้เกียรติ ขอความคิดเห็น ร่วมกันเสนอแนะ ทั้งผู้ใหญ่บ้าน อสม. ผู้ดูแล ไม่ใช่เราจะบริการแบบที่เราต้องการ เราต้องฟังเขาด้วย... อีกอย่างที่เป็นข้อดีนะ ปัจจุบัน มี line ช่วยได้เยอะ นะ...” HC_RXS

4) ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีกระบวนการทำงานที่เข้มแข็ง มีแกนนำที่มุ่งมั่น มีการประชุมอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามการทำงาน วิเคราะห์ผลลัพธ์ของงานอย่างสม่ำเสมอ มีการวางแผนด้านงบประมาณในการดำเนินการดูแลในคลินิกผู้ป่วยเบาหวานทั้งเครือข่าย ส่งผลทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งในคลินิกและชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ที่นี้มีการประชุมติดตามงานเสมอนะ ผมจะให้ความสำคัญกับการติดตามงาน บางครั้งลูกน้องอาจจะเครียดเปล่าไม่ทราบนะครับ แต่ถ้าทำเพื่อคนไข้ เพื่อการพัฒนาทุกคนก็โอเคครับ ทำงานต้องวางแผนครับ ทั้งคน เงิน ของ และอื่น...”HC_DLeader

5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการดูแลติดตาม และสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ความสำเร็จในทุก ๆ งาน คือ อสม. นะ อสม.เนี่ย เป็น แขนงขา ของพวกเราเลย เราต้องดูแลเขาอย่างดีนะ อสม. ของเรา มีความตั้งใจ ติดตาม ถามไถ่ คือ แทบจะทุกอย่างเลยนะ ไม่รู้จะบรรยายยังงี้ดี คือ ความตั้งใจ ของ อสม. คือ ความสำเร็จของงานเลยครับ...”HC_PBH

6) ทีมสุขภาพมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ การพัฒนาตนเอง ให้กำลังใจ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษา ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ความมั่นใจ สามารถดูแลตนเอง ดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...คุณหมอ คุณพยาบาล ใจดีนะ ติดตามเรา ให้กำลังใจ สอนเรา แนะนำเรา เราเลยไม่ขาดยา หมอเขาทำทุกอย่างนะ ปรับคลินิกให้ไม่ต้องรอนาน มีหมอมามาตรวจตลอดเลย ไม่ต้องไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลเลย มาเจาะที่อนามัย แอมก็มี อสม. ในหมู่บ้าน มาถามเราเสมอๆ ก็ดีนะ...”

PT_SNS

2. ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสางาม จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย 2 ประเด็นคือ

1) การพัฒนาระบบ Software เชื่อมต่อข้อมูลทั้งเครือข่ายเพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างรวดเร็ว และทันเวลา

2) การสนับสนุนความเป็นทีมสุขภาพที่ความเข้มแข็ง เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการใกล้บ้าน และเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องในการบริหารจัดการบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนา คือ ความเป็นทีมที่มีความสม่ำเสมอและความต่อเนื่อง การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและอุปกรณ์การให้บริการที่ครบถ้วนและมีมาตรฐาน

อภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดการบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหวน อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร ทีมงานสุขภาพและเครือข่ายที่เข้มแข็ง ที่มีระบบการทำงานเป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย เป็นปัจจัยที่สำคัญที่นำสู่ความสำเร็จ เนื่องจากทีมงานสุขภาพ ถือเป็นแกนหลักในการวางแผนในการดำเนินการบริหารจัดการ โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมคิด ร่วมสร้างและร่วมกันพัฒนา เน้นการมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสำเร็จของการบริหารจัดการ ส่งผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pannoon, Promasatayaprot & Chumanaborirak (2020) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นทีมที่เป็นพี่เลี้ยงติดตามกำกับและประเมินผลเป็นระยะเพื่อติดตามการดำเนินงานของกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ที่มีความเสียสละ มีความพร้อมและตั้งใจปฏิบัติงาน มีความต้องการที่จะ พัฒนาคุณภาพระบบบริการใหม่ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เหมาะสมมีมาตรฐานตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการศึกษาของ Chanyasudhiwong, Promasatayaprot, & Vorawong (2015) พบว่า การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องประสานเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน โดยการใช้ทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนในชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การจัดสรรงบประมาณเพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน การจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความตั้งใจ มีความมุ่งมั่นในการช่วยเหลือติดตาม และให้พลังแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแล และครอบครัว ถือเป็นปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จของการบริหารจัดการบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหวน อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร เนื่องจากเป็นแกนหลักในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ติดตามเมื่อผู้ป่วยขาดยา เยี่ยมให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Katanyutanon, Anukarn, Novat, Khong, Insawang, Banharn, & Vejkan. (2018) ที่ศึกษาการปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ในขณะเดียวกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหวน อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร จากทีมงานสุขภาพ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ถือเป็นความสัมพันธ์ทางบวกเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (Wangkhat, Chankong, & Ratiolan, 2015) การเสริมสร้างพลังอำนาจของทีมสุขภาพภายในทีมงานสุขภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน อย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ การพัฒนาตนเอง ให้กำลังใจ ตลอดจนเป็นพี่เลี้ยง และเป็นพี่ปรึกษาทำให้เกิดความเชื่อมั่น ความมั่นใจ ซึ่งจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักในคุณค่าตนเอง เลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Naewbood (2015) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นทั้งด้านโภชนาการออกกำลังกาย สังคม จิตใจ จิตวิญญาณและความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และความสำเร็จของ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะช่วยให้บุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพของชีวิต ให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ (Gibson, 1991) เสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลรอบครัว ชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ (Poomsanguan, 2014)

การตรวจรักษาโดยแพทย์และการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดการจัดบริการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอสามงาม จังหวัดพิจิตร โดยที่เครือข่ายจะมีการจัดแพทย์และทีมสหวิชาชีพลงตรวจผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบของมาตรฐานแนวทางการพัฒนาเพื่อมาตรฐานคลินิกเบาหวาน (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theingsakul & Panprasert (2019) ที่ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการให้มีการตรวจโดยแพทย์ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยแพทย์ ซึ่งถือเป็นผู้มีความรู้ และเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรค ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้รับบริการมารับบริการ และรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบ Software เชื่อมต่อข้อมูลทั้งเครือข่ายเพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างรวดเร็ว และทันเวลา อภิปรายได้ว่า ในการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งประกอบด้วย ประวัติการป่วย/การรักษา ผลการตรวจ/คัดกรองผลทางห้องปฏิบัติการ/ผลตรวจรักษา ข้อมูลการตรวจรายบุคคล ข้อมูลยา และระบบข้อมูลที่จำเป็นคือ ระบบการส่งต่อ/ส่งกลับระหว่างสถานพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว เป็นต้น (Hanvoravongchai et al., 2021) ดังนั้นการพัฒนาระบบ Software เชื่อมต่อข้อมูลทั้งเครือข่าย จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการให้บริการในผู้ป่วยเบาหวาน

การสนับสนุนความเป็นทีมสุขภาพที่มีความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และต้องมีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อภิปรายได้ว่า ในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน จะต้องประกอบด้วยทีมสุขภาพหลายวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการให้บริการที่แตกต่างกัน เช่น เกษัชกร มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยให้เหมาะสม เป็นต้น การสนับสนุนทีมให้มีความเป็นทีมจึงมีความสำคัญ เพราะทีมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จัดเป็นทีมที่ทำงานข้ามหน้าที่กัน แต่ละทีมจะต้องเข้ามาแลกเปลี่ยนข้อมูล พัฒนาการคิดใหม่ ร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ซึ่งต้องใช้เวลาในการสร้างความไว้วางใจ สร้างการทำงานเป็นทีม และการสนับสนุน (Office of the Civil Service Commission, 2016)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผู้บริหารและทีมสุขภาพนำปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามงาม จังหวัดพิจิตร นำไปเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบสารสนเทศคลินิกเพื่อให้เชื่อมต่อข้อมูลทั้งเครือข่ายทำให้สามารถติดตามข้อมูลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างรวดเร็ว และทันเวลา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการการจัดการบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานเครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร กำหนดเป็นนโยบายในการบริหารจัดการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคอื่นๆ

รายการอ้างอิง

- Chanyasudhiwong, K., Promasatayaprot V., & Vorawong, J. (2015). The development of health care model for diabetes mellitus Type 2 in primary health care unite, Muang sisaket municipality, Sisaket Province. *J Sci Technol MSU*, 34(6), 551-559.
- Department of Disease Contral. (2021). *Department of disease control, campaign for World Diabetes Day 2021, awareness of diabetes care to be treated thoroughly*. Retrieved June 20, 2022, From <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>.
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2017). *Practice guidelines for diabetes 2017*. Pathum Thani: Romyem Media Company Limited.
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2020). *Developmental guidelines for diabetes clinical standards*. Bangkok: Sri Muang Prntng Co Ltd.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Hanvoravongchai, Suriyaphol, Kijsanayotin, Sirikwin &Thaipipat. (2021). *Model Development for integrated health information technology and digital transformation of diabetes and hypertension services in primary health care system in Thailand*. National Health Foundation.
- Jirawatkul, S. (2012). *Qualitative study in nursing: Research methodology and case study*. 6th printing. Khon Kaen University: Intellectual Property Management Office.
- Katanyutanon T., Anukarn A., Novat B., Khong T., Insawang S., Banharn W., & Vejkan P. (2018). Role performance about diabetes of village health volunteers: A health promoting hospital in Samutprakan. *HCU Journal of Health Science*, 21(42), 1-12. (in Thai)
- Naewbood, S. (2015). Effects of empowerment program on self-care ability of a family caregive. *Journal of Nursing and Education*, 8(4), 30-40. (in Thai)

- Office of the Civil Service Commission. (2016). *Effective team building*. Retrieved October 20, 2022, from <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2017-eb01.pdf>
- Poomsanguan, K. (2014). Health empowerment: Nurses' important role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 86-90. (in Thai)
- Plainoi, S. (2013.). *Methods for evaluating lessons and synthesized knowledge*. 6th printing: Bangkok: PA Living Company Limited.
- Pannongpon, S., Promasatayapro, V., & Chumanaborirak P. (2020). Development of Care for patients with type 2 diabetes under the chronic disease management model (Chronic care model) in diabetes clinic Khunhan Hospital, Khunhan District, Sisaket Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(2), 55-69. (in Thai)
- Theingsakul, M., Panprasert, S. (2019). Development of a diabetes mellitus care model at Somdet Phra Phutthaloetla Hospital. *Journal of Health Science*, 28(4), 668-710. (in Thai)
- Wangkahat, A., Chankong, W., & Ratiolan, S. (2015). *Factors related to performance According to the role of village health volunteers in screening and reducing the risk of diabetes in Mukdahan Province: The 5th meeting to present research results for graduate studies*, Sukhothai Thammathirat University Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2015. Pages 1-10. (in Thai)

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี

ชนกพร ปิ๋นท่า, โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี, e-mail; chanokpornpee@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 1 เดือน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี และเพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สตรีอายุ 30-60 ปี ในเขต อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้.92 และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังใช้โปรแกรม ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ ผลการวิจัยดังนี้

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน ร้อยละ 93.33 และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: การรับรู้, โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรองปากมดลูก

Effectiveness of the promoting reception of cervical cancer screening service program among 30 to 60 year old women in Vibhavadi Hospital area

Chanokporn Peebanta, Vibhavadi Hospital, Suratthani Province, email; chanokporn.pee@gmail.com

Abstract

This one-group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to compare the perception of cervical cancer and disease prevention and cervical cancer screening behavior before and after entering a health behavior promotion program for cervical cancer screening among 30 to 60-year-old women and evaluate the satisfaction of using the program. The sample was 30 women aged 30-60 years in Vibhavadi district, Suratthani province, selected by purposive sampling. The instrument was a set of questionnaires including 3 parts 1) demographic recording form, 2) perception of cervical cancer and disease prevention questionnaire, which was validated by experts and tested for reliability using Cronbach alpha coefficient yielding a value of 0.92, 3) satisfaction of using the program questionnaire. Data were collected before and after using the program from March 1, 2022, to June 30, 2022. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Paired t-tests. Research results were found as follows;

1) After entering the program, the sample had a significantly higher mean score of perception of cervical cancer and disease prevention ($p < 0.001$).

2) After entering the program, the sample had 93.33 % of cervical cancer screening services within 1 month and was highly satisfied with using the program.

Keywords: Perception, Cervical Cancer Screening Promotion Program, Cervical Cancer Screening

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเพศหญิง พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยสาวถึงวัยชรา พบมากในช่วงอายุ 30-50 ปี ในแต่ละปีผู้หญิงทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 466,000 คน เสียชีวิตปีละ 231,000 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีไทยรองจากมะเร็งเต้านม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขเผยสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยประมาณ 4,500 รายต่อปี และพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ต่อปี สตรีไทยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกวันละ 8-10 ราย (Bangkok Hospital, 2022) มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยสามารถกลายไปเป็นมะเร็งอื่นจนผู้ป่วยเสียชีวิตสมาชิกครอบครัวอาจวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทั้งครอบครัวและรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก (Teerapakawong, 2021) จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่ประเทศชาติ ซึ่งหากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมจะทำให้สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะต้นได้มากขึ้นและมีโอกาสในการรักษาให้หายได้ (Ruangkajorn, 2018)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหลักในการป้องกันโรคและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างมาก โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 30-60 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก 5 ปี เพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกให้เหลือ 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 50 (Leenasmith and others, 2016) ใน พ.ศ.2564 จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีเป้าหมายให้สตรีอายุ 30-60 ปี ร้อยละ 80 ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่พบว่า มีสตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 32.79 ไม่บรรลุตามเป้าหมาย เขตโรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำปลายมาศ ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2564 สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 78.24 ซึ่งยังมีอัตราการครอบคลุมต่ำ จึงไม่บรรลุเป้าหมายของจังหวัด และจากการสัมภาษณ์สาเหตุที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี พบว่า อายุเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 86.67 รองลงมา รอรับบริการนาน ร้อยละ 80 และ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ร้อยละ 66.67 (Vibhavadi Hospital, 2021)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี อำเภอมะนัง จังหวัดปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรง การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และการได้รับข้อมูลจากแหล่งความรู้ต่างๆ (Chantawong, 2017) ส่วนปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี อำเภอนงนุช จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข และการรับรู้อิทธิพลจากเพื่อน (Rungruang et al, 2015)

ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Believe Model) (Strecher & Rosenstock, 1996) ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการ

เปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจนผ่านเกณฑ์ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีได้กำหนดเป้าหมายไว้ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

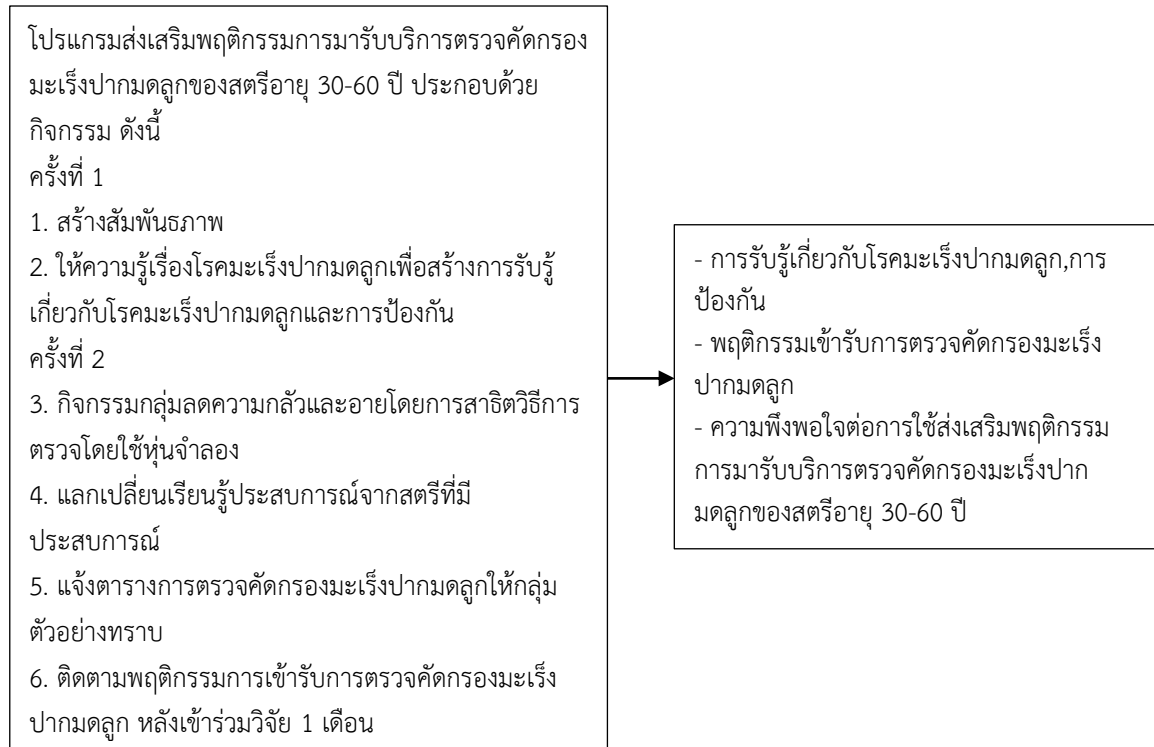
1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เขตโรงพยาบาลวิภาวดี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 เดือน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายใน 1 เดือน เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) (Strecher & Rosenstock, 1996) ซึ่งได้อธิบายว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค(Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ(Cues to Action) และปัจจัยร่วมอื่นๆ (Modifying Factors) สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ได้แก่ สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ (Pittayapinan, 2014) ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) (Strecher & Rosenstock, 1996) ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ขึ้นใช้ระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 6 หมู่บ้าน ได้แก่ ตำบลตะกุกใต้ จำนวน 3 หมู่บ้าน ตำบลตะกุกเหนือ จำนวน 3 หมู่บ้าน โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนรายชื่อผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 201 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ดังนี้

2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

- 1) สตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี
- 2) ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ HPV DNA Test ในปี 2560-2564
- 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 4) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย
- 5) ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

3. ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจาก 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 30 คน การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนด

กลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณโดยใช้สูตร Two Dependent Meas ของ App N4Studies (Bartz, Albert E, 1999) จากศึกษาของ Sritrakul (2017) เรื่อง ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อระดับทัศนคติในสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลท่าข้าวเปลือก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็ง ปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเท่ากับ 0.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 0.56 ตามลำดับเมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ 95 แทนค่าในสูตร ได้ค่าตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model) (Strecher & Rosenstock, 1996) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก กิจกรรมกลุ่มลดความกลัวและอายุโดยการสาธิตวิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากสตรีที่มีประสบการณ์ แจ้งตารางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และติดตามพฤติกรรมกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังเข้าร่วมวิจัย 1 เดือน

2) เครื่องมือวัดผลวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพ ศาสนาการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการแต่งงาน ประวัติการตั้งครรภ์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประยุกต์จาก Aphaipim (2019) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และไม่ยอมรับรู้ กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 2.34 - 3.00 หมายถึง มาก 1.68 - 2.33 หมายถึง ปานกลาง 1.00 - 1.67 หมายถึง น้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และไม่พึงพอใจ กำหนดคะแนน 3 ถึง 1 ตามลำดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง มาก 1.68 - 2.33 หมายถึง ปานกลาง 1.00 - 1.67 หมายถึง น้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 1 และหาความเที่ยงโดยนำไปใช้กับสตรีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง นอกเขตโรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอมะนัง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การประเมินความพึงพอใจต่อการ

โปรแกรม ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2565 และติดตามอัตราเข้ารับการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่าง 1 เดือน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี
3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
4. ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่มารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2560-2564 พักอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี สมัครใจเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้ จำนวน 30 คน

ระยะทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรม ทุกวันอังคาร จำนวน 2 ครั้ง โดย
 - 2.1 สร้างสัมพันธภาพด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว กิจกรรมนันทนาการ ชักถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เกริ่นนำเพื่อเข้าสู่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทำการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยแบบสอบถามก่อนการทดลอง ใช้เวลา 30 นาที
 - 2.2 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย อธิบายสถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต อาการ การรักษา และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สื่อแผ่นพับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
 - 2.3 ลดความรู้สึกลัวและอายต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งกลุ่มการเรียนรู้ออกเป็น 2 ฐาน ได้แก่ 1) ฐานเครื่องมือและอุปกรณ์การตรวจ ให้มีสัมผัสอุปกรณ์จริง รู้จักอุปกรณ์แต่ละชนิดและการวิธีการใช้อุปกรณ์แต่ละชนิด เรียนรู้วิธีและขั้นตอนการตรวจคัดกรอง และ 2) ฐานสาธิตการใช้เครื่องมือ โดยสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามขั้นตอนที่แท้จริง เพื่อสร้างความมั่นใจ ลดความอายและความกลัว สถานที่จัดให้มีม่านกั้น มีการปิดประตูมิดชิด เวลาที่ใช้ในตรวจน้อย ขั้นตอนไม่ซับซ้อน และใช้กางเกงสำหรับการตรวจภายในโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีผ้าปิดที่เป้าไว้ เมื่อเจ้าหน้าที่ตรวจจะเปิดผ้าเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น เริ่มสาธิตขั้นตอนการตรวจโดยใช้โมเดลจำลอง สาธิตการใช้เครื่องมือสอดเข้าไปในช่องคลอด ขณะสอดค่อยๆ เอียงเครื่องมือเข้าไปให้ลึก หลังจากนั้นก็ค่อยถ่างเครื่องมือให้เห็นปากมดลูก แล้วใช้ไม้พายป้ายปากมดลูกเพื่อเก็บเซลล์ตัวอย่างไปส่งตรวจ และสาธิตวิธีการนำเครื่องมือออกจากช่องคลอดด้วยความนิ่มนวล เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ การรับรู้ สร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 2 ชั่วโมง
 - 2.4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์จากสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการแลกเปลี่ยนในประเด็นของประสบการณ์ที่ประทับใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูก โน้มน้าวใจให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและไม่กลัวที่จะรับการตรวจคัดกรอง จากนั้นอธิบายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน กระตุ้นให้มีการทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกกลัวหรืออายจากก่อนเข้าโปรแกรม สุดท้ายสรุปความสำคัญและความจำเป็นของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลา 30 นาที

2.5 แจกตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลวิภาวดี ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองและแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ใช้เวลา 10 นาที

2.6 ติดตามผลการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างหลังการสอน 1 เดือน

ระยะหลังทดลอง

1) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการทดลอง นำคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

2) ประเมินพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยติดตามจำนวนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน จากทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

3) ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังการใช้โปรแกรม นำคะแนนมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ สฎ 0032.001/378 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.67 มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช.อนุปริญญา ร้อยละ 53.3 แต่งงานอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 63.30 มีรายได้ 10,000 บาท – 20,000 บาท ร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80 แต่งงานแล้วและตั้งครรภ์ ร้อยละ 93.30 และมีอายุขณะตั้งครรภ์มากกว่า 20 ปี ร้อยละ 90

2. ผลการเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

การรับรู้	Mean	SD.	t-value	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	1.86	.238	-18.673	.000
หลังใช้โปรแกรม	2.60	.124		

* $p < 0.001$

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. พฤติกรรมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาตรวจคัดกรอง	28	93.33
ไม่ตรวจ	2	6.67

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 1 เดือน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33

4. ผลความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=30)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean	SD.	แปลผล
1	ผู้ใช้โปรแกรมมีการเตรียมความพร้อม	2.83	.379	มาก
2	กิจกรรมในโปรแกรมของผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความสนใจ	3.00	.000	มาก
3	มีความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.00	.000	มาก
4	ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากโปรแกรม	3.00	.000	มาก
5	คำแนะนำของผู้ใช้โปรแกรมเป็นประโยชน์	2.93	.253	มาก
6	ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมมีความเหมาะสม	2.93	.253	มาก
7	เนื้อหาที่ผู้ใช้โปรแกรมกำหนดให้มีความน่าสนใจ	2.86	.345	มาก
8	การสอนโดยใช้โปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมมีความกระตือรือร้น	2.86	.345	มาก
9	การใช้โปรแกรมทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	2.86	.345	มาก
10	การใช้โปรแกรมทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.00	.000	มาก
11	สถานที่ในการใช้โปรแกรมมีความเหมาะสม	3.00	.000	มาก
12	การสอนโดยใช้โปรแกรมสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	3.00	.000	มาก
โดยรวม		2.93	.253	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อยู่ในระดับมาก

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมนี้ทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวนเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการนำโปรแกรมนี้ไปใช้

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เพิ่มขึ้นตามมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมมีกิจกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ ดังนี้ มีการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกลอาย/กลัว ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ใน เป็นการเสริมแรงจิตใจ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค(Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ(Cues to Action) ทำให้บุคคลมีการรับรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sakaew (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี การศึกษาของ Opas (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ พบว่า ส่งผลให้มีการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. พฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า มีกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีกิจกรรมลดความรู้สึกลอาย/กลัว ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสตรีที่มีประสบการณ์ มีการให้ข้อมูลและเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนและญาติ มีการติดตามและให้ความรู้ผ่านช่องทาง Social Media กระตุ้นเป็นการเสริมแรงจูงใจ สร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีการรับรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค(Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived Barriers) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ(Cues to action) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (Modifying

Factors) สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Aphaipim (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การศึกษา Sakaew (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ และการศึกษาของ Kulbuddee (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยงและสมาชิกครอบครัวต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

3. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความคุ้นชินเป็นกันเอง การให้ความรู้ที่เน้นการทำความเข้าใจเข้าใจได้ง่าย การเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามข้อสงสัย ตลอดจนให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสสัมผัสเครื่องมือในการตรวจคัดกรองปากมดลูกด้วยตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในประเด็นผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมมีความสนใจโปรแกรมทำให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจมะเร็งปากมดลูก การสอนโดยใช้โปรแกรมสามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พบว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การป้องกัน และพฤติกรรมในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นได้ จึงควรนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มโรคอื่นๆ และใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงได้ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปปรับใช้ในสตรีที่ยังไม่ได้รับการรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ อสม.และตัวแทนสตรีที่เคยตรวจลงให้ความรู้ที่บ้านและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์
2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปปรับใช้ในสตรีที่ยังไม่ได้รับการรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ โดยเพิ่มการแจ้งเตือนเมื่อครบ 5 ปี กลุ่มสตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

รายการอ้างอิง

- Bangkok Hospital,(2022). Thai women found dead from "Cervical cancer" 8-10 cases per day". Retrieved January 16, 2021. from <https://www.pptvhd36.com/health/care/151>.
- Bartz,Albert E.1999.Basic Statistic Concept. New Jersey : Prentice-Hall,Inc.

- Becker, M. H., Maiman, L.A.(1975).Socio behavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical care.*; 13: 10-24.
- Busaba Aphaipim.2019. Effects of cervical cancer screening promotion program on cervical cancer screening behavior in village health volunteers. *Master of Nursing Program Community Medicine Nursing Faculty of Nursing Burapha University*. Retrieved January 16, 2021, from http://digital_collect.lib.buu.ac.th.
- Chaiyot Teerapakawong.(2021). Cervical cancer. Retrieved January 15, 2021.,from <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=943>.
- Chin Sungmuang.(2017). Factors Associated with Cervical Cancer Screening among women aged 30-60 years in Thanong Sub-District, Phothalae District, PichitProvince. Retrieved January 15, 2021., from <http://research.pcru.ac.th/>.
- Chow,S.-C.,Shao,J.,&Wang,H.,(2003).Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Champman & Hall/CRC.,51.
- Department of Health, Ministry of Public Health.(2016). Cervical cancer. Retrieved January 7,2021 , from http://planning.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/anamai_web/ewt_w3c/ewt_news.php?nid=7023.
- Department of Medicine.(2020). Cervical cancer screening by HPV DNA test. Retrieved January 7, 2021, from https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId= 23175.
- Irene Ruangkajorn,(2018). Cervical cancer. Bangkok: Department of Obstetrics and Gynecology. Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University.
- Green & Kreuter.(1991).PRECEDE PROCEED Model. Retrieved January 31,2021,from http://digital_collect.lib.buu.ac.th.
- Kanda Srirakul, Phitsanuruk Kanthawee Ph.D.(2017). THE EFFECT OF HEALTH BELIEF MODEL (HBM) PROGRAM ON THE ATTITUDES OF WOMEN WHO RECEIVE PAP SMEAR SERVICES IN THA KHAO PLUEAK SUB-DISTRICT,MAE-CHAN DISTRICT, CHIANG RAI. Retrieved February 1, 2021, from https://www.crhospital.org/CMJ/article/FULL_20170927155103.pdf.
- Kit Kulbuddee.(2017). Effects of Changing Belief Program on Women at Risk and Family Members on Intention and Participation in Cervical Cancer Screening. *Journal of Nursing and Health Care*.Retrieved January 19, 2021, from <https://he01.tci-thaijo.org>.
- Chantawong, N., et al., (2015). Factors related to access to cervical cancer screening services. In the target group of women aged 30-60 years old, Muang District, Pathum Thani Province *Journal of Prapokklao College of Nursing Chanthaburi*,28(1),63-79.

- Chantawong. N. (2017). Factors related to cervical cancer screening services in targeted women aged 30-60 years, Muang District, Pathum Thani Province. Retrieved January 16, 2021, from <https://thaidj.org/>.
- Naphatsawan Opas. (2017). Effects of disease prevention incentive program on cognition. Prevention of cervical cancer and receiving endoscopy cervix in women with abnormal cervical mucosal test results. Master of Nursing Adult Nursing Faculty of Nursing Thammasat University. *Journal of Royal Thai Army Nursing*. Retrieved January 15, 2021, from <http://google.co.th/>.
- Nattaya Phiromsid.(2019). Factors Affected the Decision Making for Cervical Cancer Screening among Women at Suphanburi Province. *Journal of Health and Nursing Research Vol.35 No.2 May-August 2019*.Retrieved January 15, 2021, from <http://google.co.th/>.
- Rungruang, P., al.(2015). Factors related to cervical cancer screening behavior of at-risk women who have never had cervical cancer screening in the past 3 years.*Veridian E-Journal Scient and Technology Silpakorn University,2(2),36-49*.
- Rattaphol Sakaew (2017). The effect of the program to promote the behavior of cervical cancer screening services in women aged 30-60 years in Nong Lek Sub-District Health Promoting Hospital area. Sikhorphum District Surin Province. Retrieved January 14, 2021, from <https://he02.tci-thaijo.org>.
- Teppagone Pittayapinune.(2014). Factors Affected the Decision for Cervical Cancer Screening among Women in Singhanakhon District, Songkhla Province.Retrieved February 2, 2021, from <http://ird.skru.ac.th/>.
- Thai Gynecological Cancer Society.(2016).Cervical cancer situation in Thailand. Retrieved January 7,2021, from <http://www.tgcsthai.com/data.php?code=BD>.
- Surat Thani Provincial Public Health Office.(2021). Women target group of cervical cancer screening in women aged 30-60 years. Retrieved January 7,2021, from <https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/main /index.php>.
- Uraiwan Sammut.(2015). Intention to receive cervical cancer screening services for women aged 30 - 60 years, Ban Prao Subdistrict Health Promoting Hospital, Muang District, Nong Bua Lamphu Province. *Journal of Community Health Development Khon Kaen University, Year 3, No. 4, October - December 2015*. Retrieved January 19, 2021, from <https://home.kku.ac.th/>.
- Vibhavadi Hospital,(2021). List of target groups for cervical cancer screening in Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province.
- Warunee Wangchai et al.(2015). Results of cervical cancer screening in women receiving health check-up services. Searching for early stage cancer at the cancer nursing event Outpatient Nursing Group. Retrieved February 2, 2021, from <https://www.lpch.go.th>.

Wasan Leansmith et al., (2016). Comprehensive control of cervical cancer: key practice guidelines. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health.

ผลการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมกาให้การพยาบาล ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ปัทมา ผาติภัทรกุล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; pattama@bcns.ac.th

บุบผา ดำรงกิตติกุล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; burpha@bcns.ac.th

กรกนก บุญประถัมภ์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; kornkanok@bcns.ac.th

บทคัดย่อ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกาพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เปรียบเทียบพฤติกรรมกาพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในวิชา ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2562 จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) พฤติกรรมกาให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ ผลการศึกษา: พบว่าพฤติกรรมกาพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.48, p < .001$) โดยพฤติกรรมด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติ (Mean = 4.73, SD. = .27) พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, SD. = .29) พฤติกรรมด้านการคิดเชิงวิเคราะห์มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.48, SD. = .40) โดยรวมสรุป การจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีพฤติกรรมกาบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: การสะท้อนคิด, หัวใจความเป็นมนุษย์

Effects of Using Reflective Thinking Skills on Nursing Behavior for Humanized Care among Nursing Students

Pattama Patipattarakul, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; Pattama@bcns.ac.th

Bubpha Dumrongkittikul, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; burpha@bcns.ac.th

Kornkanok Boonprathum, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; kornkanok@bcns.ac.th

Abstract

This research aimed to examine the effects of using reflective thinking skills on nursing behavior for humanized care among nursing students. In this quasi research, 32 second-year nursing students were recruited by purposive sampling. The study was undertaken during a practice class of the nursing skills course. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test for mean comparison. The findings showed that the mean score comparisons at post intervention were at a very good level and increased. Nursing students showed a significant increase in behavior for humanized care ($t = 7.48, p < .001$). After engaging in practice post intervention, the mean scores for service mind were at a very good level (Mean = 4.73, SD. = .27), the mean scores for participation were at a very good level (Mean = 4.71, SD. = .29), and the mean scores for analytical thinking were at a good level (Mean = 4.48, SD. = .40) In conclusion, reflective thinking encourages students to have service behavior for humanized care.

Keywords: Reflective thinking, Humanized care

บทนำ

การศึกษาในศตวรรษที่ 21 ถือเป็นความท้าทายด้านการศึกษา ในการจัดการเรียนการสอนต้องมีการเตรียมผู้เรียนและผู้สอน ให้มีความพร้อม วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่หลากหลายและเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ผู้ปฏิบัติต้องมีทักษะความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ลักษณะเฉพาะของวิชาชีพการพยาบาล คือการดูแลมนุษย์ ซึ่งมีความรู้สึกนึกคิด มีการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นการพยาบาลที่มีคุณภาพจึงจำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการและการแก้ปัญหาในลักษณะขององค์รวม ซึ่งจะต้องครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ภายใต้กระแสของสังคม ประชาชนมีโอกาสนในการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น สนใจต่อการปกป้องและรักษาสีผิวของตนเอง มีความคาดหวังที่สูงขึ้นในการที่จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาการขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ โดยเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความไม่พึงพอใจในพฤติกรรมบริการ เช่น มารยาทกริยาวิจา การสื่อสาร การให้ข้อมูล และเทคนิคการให้บริการ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มองเห็นความทุกข์ของผู้รับบริการ โดยการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ข้อคือความสามารถในการมองเห็นองค์รวม ต่อมาคือความสามารถในการมองเห็นมนุษย์ และความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ ประกอบกับในปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญนั้นมีศาสตร์ความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น การจัดการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลให้มีความสามารถในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นจึงมีความสำคัญ ในการจัดการเรียนการสอนปัจจุบันมีหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแล ด้วยความเอาใจใส่ดูแลเอาใจใส่ดูแลอย่างดี ต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นจึงต้องพัฒนาศักยภาพการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันในการจัดการเรียนการสอนได้นำบันทึกการสะท้อนคิดประจำวันมาใช้ในการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาได้มีการเชื่อมโยงความรู้จากห้องเรียนสู่การปฏิบัติในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล การสะท้อนคิด (Reflective Thinking) จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ คิดทบทวน ตรวจสอบความรู้สึกของตนเองประเมินผลกระทบค้นหาความรู้ทางเลือกเพิ่มเติมและวางแผนการรับมือกับปัญหาต่อไปในอนาคต การสะท้อนคิดในการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้มีความเข้าใจในสถานการณ์และการกระทำของตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้พยาบาลคิดก่อนการปฏิบัติการพยาบาล ทบทวนใคร่ครวญพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนลงมือปฏิบัติ วางแผนและเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น(Khiaolueang, Kaewurai, Hingkanoon, & Viboonrangsun, 2013)การสะท้อนคิด เป็นการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เกิดการตระหนักรู้ในตนเอง (Wichainate, 2014)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการจัดการเรียนการสอนมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาล มีสมรรถนะแต่ละชั้นปีที่แตกต่างกันไป การจัดการเรียนการสอนนี้จึงมุ่งหวังให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 สามารถปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นองค์รวม เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ด้วยความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทร และความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ใช้ดุลยพินิจในการจัดการประเด็นปัญหา แสดงออกถึงการเคารพสิทธิ คุณค่า ความแตกต่างของความเป็นมนุษย์ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล (Personnel Development group Praboromarajchanok Institute, 2013)

เนื่องด้วยนักศึกษาเริ่มก้าวเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาล ฝึกปฏิบัติการพยาบาลเป็นครั้งแรก ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงนำการจัดการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดมาใช้ในวิชา ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษาสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แก่บุคคลในวัยเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ และพัฒนานักศึกษาให้มีอัตลักษณ์ที่โดดเด่นในด้านการให้การพยาบาลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

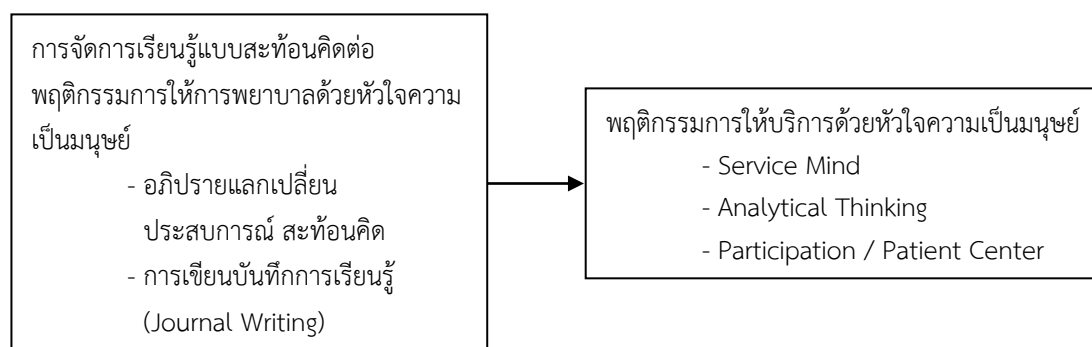
เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิด

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดนักศึกษามีพฤติกรรมให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จะใช้แนวคิด การเขียนบันทึกการเรียนรู้ (Bulman, 2013) มาประยุกต์ใช้ในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลโดยมุ่งหวังว่าการเขียนบันทึกการเรียนรู้ (Journal Writing) จะช่วยพัฒนานักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ให้มีจิตบริการ รู้จักคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และให้การพยาบาลโดยการเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ฝึกปฏิบัติการพยาบาลวิชาการพยาบาลขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานปีการศึกษา 2562 จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เพื่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่

เนื่องด้วยสภาการพยาบาลกำหนดอัตราส่วนจำนวนอาจารย์ต่อนักศึกษาในการขึ้นฝึกปฏิบัติ 1 : 8 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน รวมจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขของแบบสอบถามของ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ตอนที่ 2 แบบความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลที่แสดงถึงพฤติกรรมทำให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ 1)ด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล(Service Mind) จำนวน 30 ข้อ 2)ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล(Analytical Thinking) จำนวน 16 ข้อ 3)ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participation) จำนวน 31 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .855 .857 และ.924 ตามลำดับ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .935

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัยอีก 2 ท่านในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกิจกรรม และแบบสอบถามการวิจัย และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนประเมินตนเองก่อน ในประเด็นกว้าง ๆ เช่นความกลัว ความวิตกกังวลต่าง ๆ เพราะเป็นการฝึกปฏิบัติครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลตอบแบบประเมินพฤติกรรมในการให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน (Pre-Test)

2. ขณะทดลอง

ระหว่างการขึ้นฝึกปฏิบัติงานมีการเขียนบันทึกสะท้อนคิดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 สัปดาห์ / กลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนสะท้อนคิด (Journal Writing) ส่งอาจารย์ประจำกลุ่ม ในประเด็น สิ่งที่นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี มีความภาคภูมิใจ ส่งผลดีอย่างไรต่อตัวผู้ป่วย หรือสิ่งที่เป็นข้อบกพร่อง อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย นักศึกษารู้สึกอย่างไรเกิดการเรียนรู้อะไรในสิ่งที่ได้กระทำไป

3. หลังการทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติมีการเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เขียนบันทึกสะท้อนคิด (Journal Writing) ในประเด็นเกิดการเรียนรู้อะไรมากขึ้นจากก่อนการฝึกปฏิบัติ และตอบแบบประเมินพฤติกรรมในการให้การพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ Post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมในการ

พยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ระหว่างก่อน และหลังการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ 1-007/2562 ได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการประเมินตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยและสิทธิที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมมีส่วนร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นว่าเป็นข้อมูลของใครเพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมการวิจัยและผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลเป็นกลุ่ม ผู้วิจัยพร้อมจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากผู้ตอบแบบสอบถามต้องการ และให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงความยินยอมในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 96.87 ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี มีอายุเฉลี่ย 19.78 ปี มีผลการเรียนอยู่ในระดับค่อนข้างดี เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.50 – 2.99 จำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 50

พฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น รายด้านและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีพฤติกรรมด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติ (Mean = 4.73, SD. = .27) มีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ 1) ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ 2) ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร และ 3) ด้านคุณภาพการบริการ พฤติกรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.71, SD. = .29) มีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อ โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยมากที่สุด (Mean = 4.75, SD. = .29) พฤติกรรมด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาลคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.48, SD. = .40) มีคะแนนเฉลี่ยรายข้ออยู่ในระดับมาก และมากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.51, SD. = .38) คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.44, SD. = .44) โดยรวมพฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Mean = 4.64, SD. = .28) ดังตารางที่ 1

ตาราง การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดโดยใช้สถิติ Paired t-test (n = 32)

พฤติกรรมการให้การพยาบาลด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์	ก่อน			หลัง			t-test	p-value
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ		
ด้านจิตบริการของนักศึกษาพยาบาล	4.29	.57	มาก	4.73	.27	มากที่สุด	5.30	.000
คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ	4.09	.65	มาก	4.64	.38	มากที่สุด	4.98	.000
ด้านจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.47	.57	มาก	4.81	.24	มากที่สุด	3.91	.000
ด้านการดูแลอย่างเอื้ออาทร	4.37	.58	มาก	4.75	.27	มากที่สุด	4.63	.000
ด้านคุณภาพการบริการ	4.26	.65	มาก	4.73	.34	มากที่สุด	5.20	.000
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษา พยาบาล	3.78	.55	มาก	4.48	.40	มาก	8.13	.000
ด้านคุณลักษณะนักคิดเชิงวิเคราะห์	3.88	.57	มาก	4.51	.38	มากที่สุด	6.75	.000
ด้านทักษะการคิดเชิงวิเคราะห์	3.68	.59	มาก	4.44	.44	มาก	8.41	.000
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	4.10	.67	มาก	4.71	.29	มากที่สุด	6.73	.000
ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง	3.89	.66	มาก	4.67	.37	มากที่สุด	6.60	.000
ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ	4.13	.65	มาก	4.72	.32	มากที่สุด	6.90	.000
ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	4.29	.67	มาก	4.75	.29	มากที่สุด	4.75	.000
พฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็น มนุษย์โดยรวม	4.06	.55	มาก	4.64	.28	มากที่สุด	7.48	.000

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์พบว่าพฤติกรรมการให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดของนักศึกษามีความแตกต่างกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการใช้แนวทางการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดมีผลต่อพฤติกรรมการให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล (Chaipornjaroensri, Sosome, & Chaowiang, 2017) การสะท้อนคิดสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะหัวใจความเป็นมนุษย์ การสะท้อนคิดเป็นการจัดการเรียนการสอนทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่งผ่านการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง สามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและเกิดความเจริญงอกงาม (Wichainate, 2014) พฤติกรรมการสะท้อนคิดช่วยให้เกิดการพัฒนาความมั่นใจในตนเอง การตระหนักรู้ในตนเอง การคิดวิเคราะห์ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการเรียนรู้ และการปรับตัวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล (Boonthum, Yutthawisut, Boaleung, Kawprom, & Rungruang, 2015) และการเขียนบันทึกการเรียนรู้ทำให้ได้คิดทบทวนประสบการณ์ของตนเองทั้งทางบวกและทางลบ (Bulman, 2013) และทำให้ได้ฝึกคิดวิเคราะห์มากขึ้น (Khumtorn, Suppasri, & Akarasuwankun, 2017) นอกจากนี้พฤติกรรมการพยาบาลด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติ ซึ่งการสะท้อนคิดการปฏิบัติเป็นวิธีการที่ช่วยเชื่อมโยงความรู้ระหว่างทฤษฎีและการปฏิบัติ ผ่านการใคร่ครวญ ทำให้มีการเปลี่ยนผ่านความรู้จากการปฏิบัติไปสู่ความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ในอนาคต ผลลัพธ์การสะท้อนคิดจะส่งเสริมความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงบริบทผู้ป่วยเป็นสำคัญนั้น ถือได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาในการพยาบาล การให้เหตุผลทางคลินิก และการตัดสินใจทางคลินิกมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพ

การพยาบาล และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ของนักศึกษาพยาบาล คะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนฝึกปฏิบัติจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์การสะท้อนคิดจะส่งเสริมความสามารถด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล (Sinthuchai, Dejpituksirikul, & Yoksuriyan, 2018) จากการสะท้อนคิดที่ได้จากสถานการณ์ ประสบการณ์ที่ผ่านมา นักศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้วยตนเอง (Sinthuchai, Sawekngam, Pasiphon, 2017) นอกจากนี้การเขียนบันทึกการสะท้อนคิดประจำวัน (Journal writing) ช่วยให้เกิดการไตร่ตรองและเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความรู้สึเกี่ยวกับประสบการณ์ของตน (Walker, 2006) จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดทำให้นักศึกษาพยาบาล มีพฤติกรรมให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีจิตบริการ สามารถคิดเชิงวิเคราะห์ และเข้าใจถึงการให้การพยาบาลเน้นบริบทของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีอัตลักษณ์ที่โดดเด่น การปฏิบัติกาสะท้อนคิดยังเป็นการส่งเสริมการพัฒนาให้นักศึกษามีความเป็นมืออาชีพ (Mann, Gordon, & MacLeod, 2007) วิทยาลัยควรมีการทบทวนการปฏิบัติการสะท้อนคิดเพื่อให้นักศึกษาให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ (Chong, 2009) การสะท้อนคิดส่งผลต่อการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล เกิดผลลัพธ์การพยาบาลที่ดี (Galutira, 2018)

ข้อเสนอแนะ

ควรนำกิจกรรมการจัดการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เพื่อพัฒนาวิชาชีพ และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐาน ผู้รับบริการปลอดภัย

รายการอ้างอิง

- Bulman C. *Reflective Practice in Nursing*. (5th ed.). Oxford: Blackwell Science. 2013.
- Boonthum, A., Yutthawisut, S., Boaleung, T., Kawprom, C., & Rungruang, K., (2015). Development on Reflective Clinical Skill of Nurse Students. *Journal of Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 32(3), 244-255. (in Thai)
- Chaipornjaroensri, W., Sosome, B., & Chaowiang, K. (2017). Review of Educational Research Developing Humanized Care : A Case Study of Boromarajonani College of Nursing, Praputthabat. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 146-159. (in Thai)
- Chong, M. C. (2009). Is Reflective Practice a Useful Task for Student Nurses?. *Asian Nursing Research*, 3(3), 111-120.
- Galutira, D. G. (2018). Theory of Reflective Practice in Nursing. *International Journal of Nursing Science*, 8(3), 51-56.
- Khiaolueang, D., Kaewurai, W., Hingkanon, P., & Viboonrangsun, S., (2013). The Development of the Thought Reflection Learning Model to Enhance Ethical Decision-Making in Nursing for Student Nurses. *Journal of Education Naresuan University*, 15(4), 9-21. (in Thai)

- Khumtorn, L., Suppasri, J. & Akarasuwankun, T. (2017). Nursing Care of Persons with Psychiatric Problems: The Development of a Practicum Course to Promote Reflection Skills among Nursing Students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 15-27. (in Thai)
- Mann, K., Gordon, J. & MacLeod, A. (2007). *Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review*. Retrieved January 8, 2020, From http://healthsci.queensu.ca/assets/ohse/reflective_practice__a_systematic_review.pdf
- Personnel Development group Praboromarajchanok Institute. (2013). *Operation manual for identity of graduated of Praboromarajchanok*. Yuttarin Nonthaburi : Printing Company Limited. (in Thai)
- Sinthuchai, S., Dejpituksirikul, S., & Yoksuriyan, P., (2018). Reflective Practice in Nursing Education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 15-23. (in Thai)
- Sinthuchai, S., Sawekngam, W., & Pasiphol, C. (2017). Development of an Instructional Model Based on Scaffolding and Reflective Practice Approach to Promote Clinical Decision Making Ability of Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(3), 134-143. (in Thai)
- Walker, E. S. (2006). Journal writing as a Technique to Promote Reflection. *JAT Journal of Athletic Training*, 41(2), 216-221.
- Wichainate, K. (2014). Reflective Thinking: Teaching Students to Develop Critical Thinking in Nursing Practice. *Journal of The Police Nurse*, 6(2), 188-199. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

อภิญา ก่อเต็ม, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, email; apin_4@hotmail.com

คมสรณ์ ชื่นรัมย์, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, email; mixkhorx14@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และเพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายและผู้รับผิดชอบงานนิเทศตรวจราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสจำนวน 23 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเทคนิค AIC ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบกำกับและประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนและผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจำนวน 183 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามวัดระดับความคิดเห็น ประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสื่อสารนโยบาย การกำกับนโยบาย การประเมินผลนโยบายและความพึงพอใจ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเที่ยงของแบบสอบถามโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค (Cronbach) ระหว่าง 0.7 - 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลวิจัยพบว่ารูปแบบการกำกับและประเมินผลประกอบด้วยกำหนดพื้นที่เป็น Area Based, Agenda Based, และ Function Based กำหนดผลลัพธ์ Scoring เป็น 5 ระดับ โดยใช้ผัง spider diagram ในการสรุปผลการนิเทศตรวจราชการ ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศตรวจราชการ เข้าใจผลการประเมินตามตัวชี้วัด 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ได้ในผังเดียวและทราบแนวทางการพัฒนาผล ตัวชี้วัด 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ให้ประสบผลสำเร็จได้ ในขณะที่ผลการวิจัยประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม มีประสิทธิผลในระดับ มาก ทุกข้อ โดยพบว่าผู้บริหารมีความคิดเห็นดังนี้ 1) รูปแบบการสื่อสารนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีความคิดเห็น ในระดับมาก ($M=3.87$, $SD = .80$) 2) รูปแบบการกำกับการนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสมีความคิดเห็นในระดับ มาก ($M=3.82$, $SD = .71$) และ 3) รูปแบบการประเมินผลนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสมีความคิดเห็นในระดับ มาก($M=3.96$, $SD = .79$) การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน โดยใช้ผัง Spider Diagram พบว่าผู้บริหารในพื้นที่ มีความพึงพอใจ ในระดับมาก ($M=3.94$, $SD = .72$)

คำสำคัญ: นโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, การกำกับประเมินผล, ผู้บริหาร, การมีส่วนร่วม

A Developmental Model of Participatory Monitoring and Evaluation of Policy-based Implementation of Public Health Office, Narathiwat Province.

Apinya Kordem, Narathiwat Provincial Public Health Office, email; apin_4@hotmail.com

Komsan Chuenram, Narathiwat Provincial Public Health Office, email; mixkhorx14@hotmail.com

Abstract

Participatory action research To develop a model for supervising and evaluating performance according to the policy of the Narathiwat Provincial Public Health Office. With a participatory process and to study the effectiveness of the supervision model and evaluation of the implementation of the 5 disease group 5 promotion 5 support policy of the Narathiwat Provincial Public Health Office. With a participatory process, the operation was carried out in 2 steps: Step 1: Development of a model for supervising and evaluating policies of the Narathiwat Provincial Public Health Office. The samples were 23 executives, group heads/heads of departments and supervisors in charge of Narathiwat Provincial Public Health Office. Data were collected using AIC technique. Step 2: Study the effectiveness of the supervision and evaluation model. The sample is Executives of the Narathiwat Provincial Public Health Office Executives of the District Public Health Office Executives of general hospitals The samples were 183 administrators of community hospitals and administrators of sub-district health promoting hospitals. Policy Communication Questionnaire policy governance Policy evaluation and satisfaction Tool Quality Check by experts to verify the authenticity of the content Cronbach's alpha coefficient between 0.7 – 0.8 was obtained. Data were analyzed using a packaged program. Descriptive statistics were used including percentage, mean and standard deviation. The research found that the supervisory and evaluation model consisted of area based, agenda based, and function based. Scoring results were set into 5 levels by using a spider diagram to summarize the results of civil service supervision. As a result, the recipient of the civil service supervision Understand the evaluation results according to the indicators of 5 disease groups 5 promotion 5 support in a single chart and know the guidelines for developing the indicator results for 5 disease groups 5 promotion 5 support to be successful. While the results of the research on the effectiveness of the supervision and evaluation of the implementation of the policy 5 disease groups 5 support 5 support of the Narathiwat Provincial Public Health Office. With a participatory process It was found that the executives had the following opinions: 1) The provincial health office's policy communication style. There were opinions at a high level ($M = 3.87$, $SD. = .80$). 2) Policy governance model Narathiwat Provincial Public Health Office had opinions at a high level ($M = 3.82$, $SD. = .71$) and 3) Policy evaluation model. Narathiwat Provincial Public Health Office has opinions at a high level ($M = 3.96$, $SD. = .79$). Assessment of satisfaction with the model for supervising and evaluating the performance according to the policy 5 disease groups 5 promotion 5 support using the Spider Diagram found that local executives Satisfaction was at a high level ($M = 3.94$, $SD. = .72$).

Keywords: Policy-based Implementation of Public Health Office, Narathiwat Province., Monitoring and Evaluation, The Executives, Participatory

บทนำ

รัฐบาลได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2560 – 2579 เป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.2560 – 2564 เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนเป้าหมายยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและเป็นการวางรากฐานการพัฒนาประเทศไทยให้มีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน (Prime Minister Office, 2017)

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ควบคู่กันมาในแต่ละช่วงปี เมื่อแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ได้สิ้นสุดลง จึงได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี ใช้เป็นกลไกเชื่อมต่อกับเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ด้านสุขภาพ ให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ (Directors of National Health Development Plan No. 12 Committee, (2016) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางในการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขพัฒนายุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ระบบบริการ (Service Excellence) 3) การพัฒนาคน (People Excellence) 4) ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence) โดยแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุข ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและครอบคลุม ตั้งเป้าหมายให้ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน และ สอดคล้องตามแผนขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเขตสุขภาพนำร่อง เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งกำหนดข้อเสนอการขับเคลื่อนสุขภาพใน 5 มิติ (Sandbox) นำมาสู่ทิศทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดนราธิวาส

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดนราธิวาส ในระยะ 2 ปี (ปี พ.ศ.2565–2566) มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และนโยบายระดับประเทศ ระดับกระทรวง และระดับเขตสุขภาพที่ 12 โดยได้กำหนดทิศทางในการพัฒนาด้านสุขภาพของจังหวัดนราธิวาส ให้สามารถรองรับอนาคตที่เป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ ลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพและมุ่งเน้นการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งระบบการกำกับและประเมินผลเป็นกลไกที่สำคัญ ประการหนึ่งในกระบวนการบริหารจัดการและการดำเนินงานของทุกองค์การ และเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการพัฒนา (Panithiphat, Somchai & Thasana, 2019) การพัฒนาระบบการกำกับและประเมินผล จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการบริหารและพัฒนางานให้เกิดผลสำเร็จสูงสุด เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนราธิวาส ในขณะที่ปัญหาสุขภาพที่บ่มเพาะมายาวนาน แม้มีการนิเทศตรวจราชการ ติดตามประเมินผลตัวชี้วัด ปีละ 2 รอบการประเมิน และติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนบางเกณฑ์ตัวชี้วัดได้สำเร็จ กระบวนการติดตามและวิธีการประเมินผลที่ผ่านมา ไม่สามารถแก้ไขปัญหาลงสู่ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการกำหนดรูปแบบการนิเทศตรวจราชการถูกกำหนดโดยผู้บริหารเพียงฝ่ายเดียว จึงไม่สามารถตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้ และเป็นวิธีการที่ไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ ในการนิเทศติดตามตัวชี้วัด ไม่สามารถเข้าถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการนิเทศตรวจราชการที่มีประสิทธิภาพ โดยการ

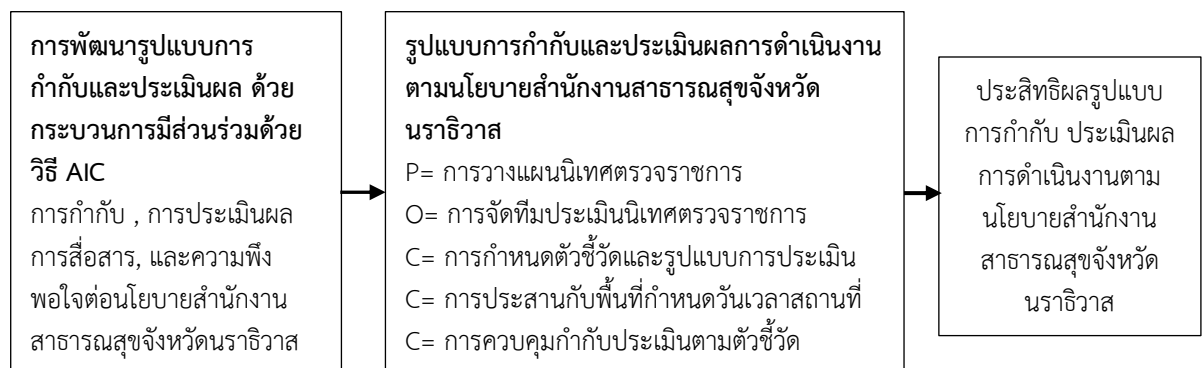
พัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) ทฤษฎีบริหารจัดการ POCCC อองรี ฟาโย (Henri Fayol) การบริหารรอบด้านและครอบคลุมตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติการ การจัดโครงสร้างองค์กร ไปจนถึงการกำกับการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้ 2) ทฤษฎีการประเมิน CIPP Model ของ Daniel L. Stufflebeam เป็นกระบวนการประเมิน Context evaluation, Input evaluation, Process, และ product -3) การมีส่วนร่วมด้วยกระบวนการ AIC 3 ขั้นตอน ได้กรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่ายและผู้รับผิดชอบงานนิเทศตรวจราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 29 คน การคัดเลือกตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) จำนวน 23 คน ดังนี้ 1) สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 2) เป็นข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3) ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขตลอดปีงบประมาณ 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ A1 การวิเคราะห์สภาพของพื้นที่ในปัจจุบัน A2 การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) I1 การคิดเกี่ยวกับกิจกรรมโครงการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามภาพพึงประสงค์ I2 การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) C1 การแบ่งความรับผิดชอบ C2 การตัดสินใจในรายละเอียดการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยวิธี AIC ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในที่ประชุมใหญ่ร่วมแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ และลงมติเลือกรูปแบบการกำกับและประเมินผล และทุกคนยอมรับ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ ขั้นตอนการพัฒนาแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เป็นการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนิเทศตรวจราชการในปีที่ผ่านมา โดยการวาดโครงสร้าง ขั้นตอนการนิเทศตรวจราชการที่ผ่านมา ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ได้อย่างเต็มที่ในเรื่องของการนิเทศตรวจราชการ การสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองไม่เกิดการข่มกันทางความคิด และผู้วิจัยไม่แสดงความคิดเห็นหรือแนะนำให้คล้อยตาม โดยเน้นให้เกิดกระบวนการ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมลงมือทำและร่วมตัดสินใจซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้ A1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาของการนิเทศตรวจราชการในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดนราธิวาสที่มีความแตกต่างกันตามพื้นที่และสภาพปัญหาของเขต นราธิวาส 1 มี 5 อำเภอคือ อำเภอบาเจาะ, ยี่งอ, รือเสาะ, เมืองนราธิวาสและอำเภอศรีสาคร เขตนราธิวาส 2 มี 4 อำเภอคืออำเภอตากใบ, เจาะไอร้อง, ระแงะและอำเภอยะนะ นราธิวาส 3 มี 4 อำเภอคือ อำเภอสุไหงโกลก, สุไหงปาดี, แว้งและอำเภอสือริน A2 เมื่อได้สภาพปัญหา ข้อดี ข้อเสียในการนิเทศตรวจราชการแล้ว นำมากำหนดอนาคตร่วมหรือวิสัยทัศน์ร่วมกัน ได้แก่ วิสัยทัศน์การแก้ไขปัญหา 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) I1 เมื่อได้วิสัยทัศน์การนิเทศตรวจราชการแล้วนำมากำหนดมาตรการ ตัวชี้วัด การกำหนดค่าคะแนน ขั้นตอนการตรวจนิเทศ และรูปแบบการประเมินผลด้วย Spider Diagram I2 นำตัวชี้วัดมาจัดลำดับความสำคัญโดยกำหนดค่าคะแนน มาตรการ ประเด็นนำขึ้นชม และประเด็นโอกาสพัฒนาให้สอดคล้องกับปัญหาและนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 3) ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) C1 การแบ่งทีมจำนวน 6 ทีมรับผิดชอบ Area Based 2 ทีม Agenda Based 3 ทีม และ Function Based 1 ทีม C2 เมื่อได้รูปแบบตามที่ประชุมร่วมกันคิด ร่วมกันทำและร่วมกันตัดสินใจแล้วที่ประชุมพิจารณาเลือกเลือกรูปแบบการกำกับ และการประเมินผลโดยใช้ผัง Spider Diagram ในการนิเทศตรวจราชการในปี 2565 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อที่ประชุมใหญ่ เพื่อให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมและปรับปรุงให้สมบูรณ์ครอบคลุมเนื้อหาทุกประเด็น และ

ลงมติเลือกรูปแบบการกำกับและประเมินผลนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC และนำรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความสอดคล้องของเนื้อหา หลังจากนั้นนำรูปแบบที่ได้ไปศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดนราธิวาสตลอดปี 2565 จำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้บริหารของโรงพยาบาลทั่วไป ผู้บริหารของโรงพยาบาลชุมชนและผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 183 คน

การคัดเลือกตัวอย่างผู้วิจัยได้ใช้วิธีการแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria ดังนี้ 1) เป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสตลอดปีงบประมาณ 2565 3) สนใจเข้าร่วมการวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่ายและรับผิดชอบงานนิเทศตรวจราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 25 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไป เป็นผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสุโขทัย-ลพบุรีที่ปฏิบัติงานตลอดปีงบประมาณ 2565 จำนวน 12 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในอำเภอนั้นตลอดปีงบประมาณ 2565 จำนวนโรงพยาบาลละ 2 คน รวม 43 คน ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็น สาธารณสุขอำเภอและผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ที่ปฏิบัติงานตลอดปีงบประมาณ 2565 ในอำเภอนั้น รวม 36 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสตลอดปีงบประมาณ 2565 จำนวน 67 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยดังนี้ 1) ไม่สนใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ไม่ได้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสตลอดปีงบประมาณ 2565 3) ไม่ได้เป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยความคิดเห็นและความพึงพอใจหลังจากทดลองใช้รูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการสื่อสารนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 6 ข้อ ซึ่งข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนการให้ค่า (Rating Scale) 5 ระดับ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการกำกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามให้แสดงความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนการให้ค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบตามระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง 5 ระดับ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผลนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสจำนวน 13 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ท่านที่ 1 เชี่ยวชาญด้านการบริหารด้านการแพทย์และสาธารณสุข ท่านที่ 2 เชี่ยวชาญด้านการบริการวิชาการ และท่านที่ 3 เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 เมื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาแล้ว จึงได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อถือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ คณะกรรมการประสานงานระดับจังหวัดยะลา จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach) ระหว่าง .7- .8 ดังนี้

- แบบสอบถามวัดการสื่อสารนโยบายสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้ค่า .7
- แบบสอบถามวัดกระบวนการกำกับนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้ค่า .8
- แบบสอบถามวัดการประเมินนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้ค่า .7
- แบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้ค่า .8

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ลักษณะแบบสอบถามให้แสดงความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามหลักของลิเคิร์ตสเกล (Likert Scales) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ประกอบด้วยระดับความคิดเห็น มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยมาก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์และแสดงผลระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

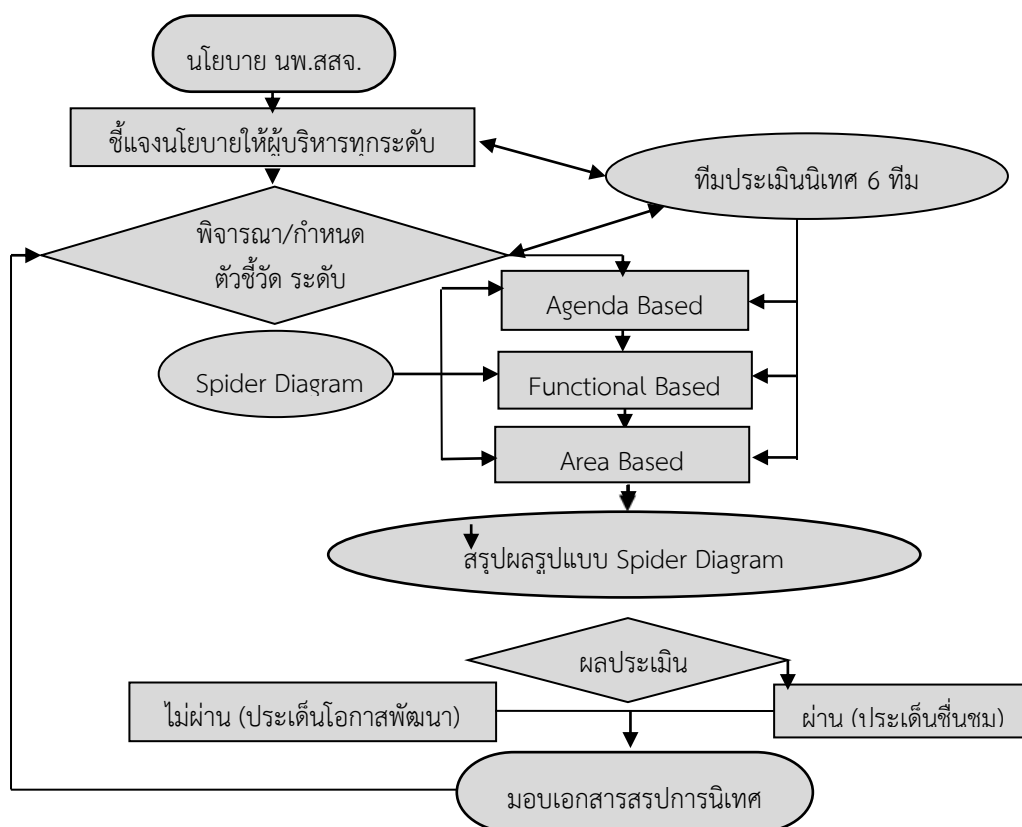
จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่ 36/2565 ลงวันที่ 30/08/2565 ดำเนินการวิจัย โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และการตอบแบบสอบถามการวิจัยที่ผู้วิจัยมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูลโดยไม่อ้างอิงถึงตัวบุคคลและหน่วยงานไม่ว่ากรณีใด ๆ และในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัยโดยให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่าง ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ และวัดอุณหภูมิ หากพบอาการที่น่าสงสัยให้งดการเข้าร่วมการวิจัยทันที

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่าได้มีการพัฒนาแบบ 2 รูปแบบดังนี้

1.1 รูปแบบการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยแผนผัง Flow Chart



ภาพที่ 2 แสดงแผนผัง Flow Chart การพัฒนารูปแบบการกำกับการดำเนินงานตามนโยบาย 5กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

รูปแบบการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ระหว่างผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสและผู้บริหารในพื้นที่ ได้กำหนดทีมประเมินนิเทศตรวจราชการออกเป็น 6 ทีม ดำเนินการกำกับพื้นที่โดยกำหนดเป็น Area Based 2 ทีม Agenda Based 3 ทีม และ Function Based 1 ทีม และกำหนดค่าคะแนนการ Scoring เป็น 5 ระดับ นำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และสรุปผลการประเมินโดยใช้ผัง Spider diagram ในการ Scoring ให้ผู้รับการนิเทศตรวจราชการเห็นค่าคะแนนที่แตกต่างกันสามารถนำมาใช้ปรับปรุงพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นโดยสรุปผลในภาพรวม ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลประจำอำเภอนั้นๆ การประเมินผลนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เป็นการแสวงหาคำตอบและวัดความสำเร็จของนโยบายและเป็นการตรวจสอบวิเคราะห์ถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลหรือสัมฤทธิ์ผลของนโยบายที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ ตลอดจนความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

1.2 รูปแบบการประเมินผลนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้



การ Scoring ตัวชี้วัดที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ใช้ในการสรุปผลการนิเทศติดตาม โดยนำเสนอในรูปของ spider diagram เป็น Area Based, Agenda Based, และ Function Based กำหนดผลลัพธ์ Scoring เป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 คะแนน ผลงานไม่น่าพึงพอใจ คือเพิ่งเริ่มต้น กิจกรรมพื้นฐานปรับโครงสร้างแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา ระดับ 2 คะแนน ผลงานไม่น่าพึงพอใจ คือยังต้องปรับปรุงในประเด็นสำคัญออกแบบกระบวนการเหมาะสมสื่อสารมีความเข้าใจเริ่มนำไปปฏิบัติ ระดับ 3 คะแนน พอใจกับผลงาน คือบรรลุเป้าหมายพื้นฐานนำไปปฏิบัติครอบคลุมถูกต้องสอดคล้องกับบริบท ระดับ 4 คะแนน โดดเด่นพร้อมแล้ว คือผลงานดีกว่าระดับเฉลี่ยปรับปรุง บูรณาการ นวัตกรรมประเมินอย่างเป็นระบบ ระดับ 5 คะแนน ผลงานดีเลิศ คือผลงานดีเลิศเป็นแบบอย่างที่ดีวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้รับการนิเทศตรวจราชการ เข้าใจผลการประเมินตามตัวชี้วัดได้ในวงเดียวและทราบแนวทางการพัฒนาผลตัวชี้วัดให้ประสบผลสำเร็จได้

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการกำกับและประเมินผลนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

พบว่าประสิทธิผลของรูปแบบการกำกับและประเมินผล โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม จำนวน 183 คน เป็นดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 53 เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 71.6 มีประสบการณ์ทำงาน ระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 65.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.1 ปฏิบัติงานอยู่ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และ ร้อยละ 36.6 ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

2.2 ผลประเมินของกระบวนการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของจังหวัด นราธิวาส ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 3.82$, $SD. = .71$ เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า นโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนสอดคล้องกับนโยบายของ

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $M = 3.93$, $SD. = .65$ รองลงมาคือรายข้อที่ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน เป็นนโยบายปฏิบัติการที่สามารถกำกับการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม, มีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานที่ชัดเจนสามารถกำกับการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชาได้ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย $M = 3.90$, $SD. = .68$ และมีการวางแผนกำกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามตัวชี้วัดของผู้ใต้บังคับบัญชา มีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุด $M = 3.67$, $SD. = .70$

ผลการประเมิน รูปแบบกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ในภาพรวมอยู่ในระดับ มาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 3.96$, $SD. = .79$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า รูปแบบสรุปผลการประเมินโดยใช้ผัง Spider Diagram สามารถนำมาใช้ประเมินได้เหมาะสมมากที่สุดค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 4.12$, $SD. = .73$ รองลงมาเป็น การประเมินในรูปแบบใหม่ที่นำเสนอโดยใช้ผัง Spider Diagram สามารถสรุปผลเพื่อการพัฒนาได้ดีกว่าแบบเดิมค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 4.07$, $SD. = .87$ และ การใช้ผัง Spider Diagram สามารถสรุปผลการดำเนินงาน ถูกต้อง เข้าใจง่ายค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 4.06$, $SD. = .786$

ผลการประเมินความพึงพอใจรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 3.94$, $SD. = .72$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินโดยใช้ผัง Spider Diagram ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 4.06$, $SD. = .70$ รองลงมาพึงพอใจต่อการประเมินจากทีมสาธารณสุขจังหวัด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ $M = 4.02$, $SD. = .69$ และพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการประเมินโดยใช้ผัง Spider Diagram โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย $M = 3.93$, $SD. = .74$ น้อยที่สุดคือความพึงพอใจต่อการกำหนดค่าคะแนนในการประเมินแต่ละครั้ง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย $M = 3.93$, $SD. = .77$ ดังตาราง

ตาราง ประสิทธิภาพรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

ประเด็นสำรวจความคิดเห็น (n=183)	M	SD.	แปลผล
1. ด้านการสื่อสารนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	3.87	.804	มาก
2. ด้านกระบวนการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุนของจังหวัดนราธิวาส	3.82	.714	มาก
3. การประเมินรูปแบบการกำกับประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	3.96	.792	มาก
4. ด้านความพึงพอใจรูปแบบการกำกับประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม	3.94	.725	มาก

อภิปรายผล

1. วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม กล่าวคือผลจากการระดมความคิดแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC สามารถพัฒนารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ได้ 2 รูปแบบดังนี้

1.1 รูปแบบการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส กล่าวคือการกำกับเป็นบทบาทหน้าที่หลักของผู้บริหารในการวางแผน กำหนดทิศทางการดำเนินงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้ปฏิบัติตามเพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายที่ประกาศไว้ ซึ่งผู้บริหาร

จะต้องมีความเป็นมืออาชีพในการจัดวางตัวบุคคลในการกำกับ และจัดการข้อมูลสารสนเทศที่มีความเป็น
ธรรมาภิบาล สอดคล้องกับแนวคิดของ เบส จอร์น (Best, John, 1997) ได้กล่าวว่างค์ประกอบของระบบ
การกำกับประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (Inputs) ฐานข้อมูล (Data base) กระบวนการแปลงข้อมูลให้พร้อมใช้
(Process of data analysis) การควบคุม (Controlling) ผลผลิต (Output) และข้อมูลข้างเคียง (Feedback) และ
พบว่าระบบการกำกับที่มีความพร้อมของกระบวนการที่ดีจะทำให้มีข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์ สามารถใช้
ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการสั่งการเพื่อการปรับปรุงและแก้ไขกระบวนการกำกับให้มี
ประสิทธิภาพได้ การกำกับนโยบายเป็นหัวใจสำคัญโดยใช้การสื่อสารในการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหาร
สู่ผู้ปฏิบัติหรือผู้ได้บังคับบัญชา หากมีการสื่อสารวัตถุประสงค์ชัดเจนจะช่วยให้ให้นโยบายนั้นประสบ
ผลสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1994) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ คือ
แนวทางของรัฐที่มีวัตถุประสงค์หรือมีจุดมุ่งหมายที่เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างชัดเจน ดังนั้นหาก
วัตถุประสงค์ของนโยบายชัดเจนนโยบายนั้นก็จะปฏิบัติได้อย่างสัมฤทธิ์ผล สอดคล้องกับ
Mazmanianand, (1989) ที่กล่าวว่าการนำนโยบายสาธารณะมาใช้ เมื่อต้องการนำไปสู่การปฏิบัติให้
ประสบผลสำเร็จต้องมีกระบวนการที่ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คือ 1) การพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้อง
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 2) การยินยอมปฏิบัติของผู้ที่เกี่ยวข้องและ 3) การพิจารณาผลกระทบที่จะ
เกิดขึ้น จากกการปฏิบัติ ของผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงาน ที่ปฏิบัติอย่างครอบคลุม และยังสอดคล้องกับ
แนวคิดของ ลินตัน โคลเวล (Caldwell, 1970 quoted in Sanya, 2016) ที่กล่าวว่านโยบายรัฐหากจะ
เกิดสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมต่าง ๆ นั้น สังคมหรือชุมชนจะต้องยินยอมอนุญาตเห็นชอบด้วยกับ
นโยบายนั้นจึงจะประสบความสำเร็จ ซึ่งยังสอดคล้องกับ คำกล่าวของนายกรัฐมนตรี ที่กล่าวว่าการ
ขับเคลื่อนแผนพัฒนาประเทศต้องอาศัยทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเข้ามาช่วยกันขับเคลื่อนโดยทั้งนี้ต้อง
สื่อสารให้เกิดความรู้ความเข้าใจให้กับทุกกลุ่มให้เข้าใจถึงความสำคัญและประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนด้วย
(Prime Minister office, 2017)

สรุปได้ว่า รูปแบบการกำกับนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนราธิวาส ระหว่างผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสและผู้บริหารในพื้นที่นราธิวาส 1
นราธิวาส 2 และนราธิวาส 3 ในการวางแผนกำหนดกลวิธีการกำกับกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพของ
ประชาชนตามตัวชี้วัดให้ผู้ได้บังคับบัญชาไปปฏิบัติ รวมทั้งการกำหนดเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล และ
การเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายในพื้นที่ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้บริหารในพื้นที่
มีผลการกำกับการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ได้ประสบผลสำเร็จ

1.2 รูปแบบการประเมินผลนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

จากการวิจัยพบว่ารูปแบบการประเมินผลนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน โดยใช้
ผัง Spider Diagram ในการนิเทศตรวจราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โดยใช้รูปแบบ
การกำกับและประเมินผลที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC พบว่า การประเมินประสิทธิภาพ
ของรูปแบบการกำกับและประเมินผลอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมในกระบวนการคิด
ส่วนร่วมในกระบวนการปฏิบัติและมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยได้มี
การวางแผนการนิเทศตรวจราชการ การจัดทีมประเมิน Area Based 2 ทีม Agenda Based 3 ทีม และ
Function Based 1 ทีม การบังคับบัญชาระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และเครือข่ายในพื้นที่
ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพระดับตำบล มีการประสานงานกับเครือข่ายในพื้นที่ต่อการแก้ไขปัญหสุขภาพประชาชนตามนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ตลอดจนมีการควบคุมกำกับบริหารจัดการกระบวนการต่างๆ ให้สำเร็จ ลุล่วงตามกรอบที่กำหนดไว้ในกระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี POCCC และ หน้าที่ทางด้านการจัดการของ อองรี ฟาโย (Henri Fayol, 1841-1925) ได้อธิบายไว้ว่าการบริหารจัดการเชิง ปฏิบัติการเพื่อรองรับกับคนหมู่มาก โดยจะต้องมีการวางแผน การปฏิบัติการ การให้อำนาจ การจัดสรร กำลังคน การสร้างความยุติธรรม การส่งเสริมให้มีความคิดริเริ่ม ไปจนถึงการดูแลค่าจ้างที่เหมาะสมซึ่งเป็นการ บริหารที่ครอบคลุมประกอบกระบวนการและทุกฝ่ายได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันหมดได้ ซึ่งมีความ สอดคล้องกับ (Nahathai K., 2016) ได้ศึกษาการประเมินผลนโยบายเป็นการดำเนินการเพื่อปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและแก้ไขการพัฒนา เน้นการประเมินผลซึ่งเป็นการสะท้อนผลของการดำเนินงานหากบกพร่องจะ ได้แก้ไข ปรับปรุงไม่ให้เกิดบกพร่อง ต้องพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษา (Penpilai, 2012) ที่ได้ ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในการนํานโยบายการสื่อสารสุขภาพไปปฏิบัติ ตำบลหนอง กินเพล อำเภอรามัน จ.นราธิวาส อธิบายไว้ว่าสิ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนํานโยบายไป ปฏิบัติ ได้แก่ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และนโยบาย เนื่องจากมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นส่วนสำคัญที่จะตัดสินถึงสมรรถนะของนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญ ในการประเมินวิเคราะห์ นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ใน บางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกต และวัดได้ง่าย ส่งผลให้การประเมินผล ประสบผลสำเร็จได้

สรุปได้ว่ารูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบที่สามารถ ปฏิบัติได้ง่าย มีวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจนมีทีมนิเทศตรวจราชการที่เพียงพอและ ครอบคลุมตัวชี้วัด ครอบคลุมพื้นที่และที่สำคัญมีการใช้ผัง Spider Diagram ในการประเมินผล และ ชี้ให้เห็นผลการประเมินตัวชี้วัดในภาพรวมได้ในผัง Spider Diagram เพียงผังเดียว ส่งผลให้ผู้รับการ ประเมินและทีมนิเทศตรวจราชการได้เห็นภาพรวมการประเมินในผัง Spider Diagram ว่าตัวชี้วัดใดผ่าน หรือไม่ผ่านและมีแนวทางการพัฒนาให้โดยใช้เพียงผังเดียวได้

2. วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงาน ตามนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

รูปแบบการกำกับและประเมินผลนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพในระดับมาก โดยได้สื่อสารนโยบายให้กับ ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และผู้บริหารส่วนราชการในพื้นที่ประกอบด้วยผู้บริหาร และรองผู้บริหารของโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ซึ่งได้จัดกิจกรรม Kik off เป็นกิจกรรมการสื่อสารและมอบนโยบาย 5 กลุ่ม โรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ให้กับผู้บริหารได้ทราบแนวทางการกำกับนโยบาย ขั้นตอน วิธีการและแนว ทางการนิเทศตรวจราชการในจังหวัดนราธิวาส โดยได้กำหนดตัวชี้วัดที่ใช้สำหรับการประเมินผลและการ Scoring ตามประเด็นการตรวจนิเทศให้กับผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทราบ ตัวชี้วัดที่ผ่านการประเมิน โดย การกำหนดให้ Scoring ที่ระดับ 3 คะแนนขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน และ Scoring ที่ระดับต่ำ กว่า 3 คะแนน ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และตัวชี้วัดใดที่ไม่ผ่านการประเมินจะต้องกำหนด สถานการณ์ และมาตรการแก้ไขปัญหาให้ผ่านการประเมินในรอบถัดไปเพื่อให้บรรลุนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5 ส่งเสริม 5 สนับสนุน ซึ่งจากการรูปแบบการประเมินผล โดยใช้ผัง Spider Diagram นี้เป็นรูปแบบที่ สามารถถ่ายทอดผลการดำเนินงานและสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดได้ภายในผังเดียว ส่งผลให้ผู้

นิเทศตรวจราชการผู้รับการนิเทศตรวจราชการมีระดับความคิดเห็นในด้านการสื่อสาร ด้านการกำกับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการกำกับและประเมินผลนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับ มาก ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีบริหาร POCCC (Fayol, 1916) ได้อธิบายไว้ว่าการบริหารจัดการเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมายนั้น มีองค์ประกอบด้วยกัน 5 ปัจจัยคือการวางแผน (Planning) การจัดองค์การหรือหน่วยงาน (Organizing) การบังคับบัญชาหรือสั่งการ (Commanding) การประสานงาน (Coordinating) และการควบคุม (Controlling) ซึ่งส่งผลให้องค์การมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นจากการที่มีการปรับปรุงกระบวนการบริหารให้มีความสอดคล้องเหมาะสมกับคนและเหมาะสมกับงาน ซึ่งเมื่อนำหลักการ POCCC มาใช้สามารถพัฒนาผลผลิตของงานให้ดีขึ้นและสามารถนำมาใช้ในการบริหารงานวิชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย และยังสอดคล้องกับประมุขทิพย์ ดอกแก้ว, 2560 ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนากระบวนการนิเทศทางคลินิกด้วยวิธีการสอนงานสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่ พบว่าความรู้ ทักษะ และทัศนคติเกี่ยวกับการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วยหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ในขั้นตอนการนิเทศทางคลินิกเป็นกระบวนการที่ใช้ควบคุมกำกับงานเพื่อให้งานนั้นดำเนินไปโดยถูกต้องตามหลักการและเป้าหมายที่วางไว้ การนิเทศทางคลินิกที่กระทำโดยผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องกระบวนการนิเทศอย่างถูกต้องจะมุ่งสร้างบรรยากาศของการร่วมมือเพื่อสร้างสรรค์ความเจริญของหน่วยงาน และกระบวนการนิเทศหากมีการควบคุม ก็จะเป็นการควบคุมคุณภาพงานมากกว่าควบคุมคุณภาพผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศควรมีความรู้ในเรื่องของกระบวนการนิเทศไปพร้อมกัน และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัญสุชา บุญชันตินาถ, 2561: แนวทางการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบการบริหารงานบุคคล ของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา ของคณะกรรมการศึกษาจังหวัดกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนบน (8 จังหวัด) ได้กล่าวว่า การกำกับติดตาม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นการประเมินผลระหว่างการนำแผนไปปฏิบัติตามเงื่อนไขที่วางไว้ล่วงหน้าตามแผน ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาารูปแบบการกำกับและประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย 5 กลุ่มโรค 5ส่งเสริม 5 สนับสนุน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ หากนำผลการวิจัยไปใช้ ควรต้องเตรียมความพร้อมของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีความรู้และมีความพร้อม ในกระบวนการนิเทศตรวจราชการ เข้าใจวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และการจัดตั้งทีมนิเทศตรวจราชการจะต้องครอบคลุมทุกกลุ่มงานเพื่อจะได้สื่อสารข้อมูลให้กับพื้นที่ผู้ปฏิบัติได้ชัดเจนตรงตามความต้องการ และควรจัดทำคู่มือแนวทางการนิเทศตรวจราชการให้กับพื้นที่ได้รับทราบถึงรูปแบบที่จะต้องใช้ในนิเทศตรวจราชการในครั้งนี้ และจะต้องดำเนินการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายเพื่อจะได้ทราบนโยบาย วัตถุประสงค์ และแนวทางการปฏิบัติ การกำกับและประเมินผล ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่แทนเช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลกับผู้ได้บังคับบัญชาในโรงพยาบาล หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับผู้ได้บังคับบัญชา เป็นต้น

2. ควรศึกษานำร่องโดยนำรูปแบบการกำกับและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ไปใช้กับนโยบายอื่นๆ ที่ผู้บริหารประกาศใช้

รายการอ้างอิง

- Anderson, E. (1994). *Public Policy – Making : Introduction*. 2nd ed. New York: Houghton Mifflin Company.
- Anucha, b. (2018). *Guidelines for supervision, monitoring and inspection provincial educational personnel administration, a case study of the upper-central provincial group (8 provinces)*, office of the permanent secretary, ministry of education.
- Best, John W. (1997). *Research in Education*. 2nd ed. New Jersey : Prentice – Hall, Inc. Retrieved June 23, 2022. from <https://ww2.odu.edu/~jritz/attachments/reined.pdf>
- Boonchom., S. (2002). *Preliminary research. Print the 7th time*. Bangkok: Suree Wiyasan. 103.
- Caldwell, K. (1970). *Environment : A Challenge in Modern Society*. New York : Doubleday.
- Hogwood, W., & Gunn, A. (1984). *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press.
- Directors of National Health Development Plan No. 12 Committee. *Ministry of Health (2016), National Health Development Plan No. 12 2017 –2021*. (in Thai) Retrieved June 20, 2022. From <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER38/DRAWER027/GENERAL/DATA0>
- Fayol, H. (1916). *General and Industrial Management*. London : Sir Issac Pitman & Sons Ltd.
- Penpilai _S., (2012). *Healthcare partnership network's participation in health communications policy implementation in Nong Kin Phen Sub-District, Warinchamrap District, Ubonratchathani Province. An independent study executive program in public administration faculty of Political science Ubonratchathani University*. (in Thai) Retrieved June 23, 2022. from http://www.esanpedia.oar.ubu.ac.th/e-research/sites/default/files/Penpilai_Suesat.pdf
- Prime Minister office, (2017). *National strategy 20 years 2017-2036*. (in Thai) Retrieved June 20, 2022. from <https://dl.parliament.go.th/handle/lirt/475208>.
- Pratumtip Dokkaew. (2017). *The effects improving clinical supervision process program by coaching for head nurse in Phrae hospital*. Thesis M.N.S. in nursing administration, Naresuan University, 2017.

Mazmanian, A. and Sabatier, A. (1989). *Implementation and Public policy with a new policy. 1-48* , Retrieved June 20, 2022 from
<http://www.des.ucdavis.edu/Faculty/Sabatier/mazmaniansabatier.pdf>

Nahathai K., (2016). *Effectiveness of implementation of policy by the government led by general Prayut Chan-Ocha to solve overpricing of government lottery tickets. An independent study executive program in public administration And Public Affairs Faculty of Political science Thammasat University.* (in Thai) Retrieved June 23, 2022. from

Sabatier, A., Mazmanian, A. (1989). *Implementation and Public Policy.* USA: Lantham University Press.

Sanya Kenaphoom. (2016). The Conceptual Framework for Studying the Public Policy. *Social Sciences Research and Academic Journal*, 11(33). 1-16. (in Thai) Retrieved June 20, 2022. from file:///C:/Users/NCD-001/Downloads/eshijojiken,+Journal+manager

Wanida S., Wacharin I., (2018), Model-driven five precepts in villages policy to successes. *Thonburi University Academic Journal* 12(29). 203-209. (in Thai) Retrieved June 2, 2022. from http://www.thonburi-u.ac.th/journal/Document/12-29/Journal12_29_18.pdf

Wilasinee P. (2008). *A Study of operative Model in pilot Schools Based on the Sufficiency Economy Philosophy : A Multi case Study research.* (in Thai) Retrieved June 2, 2022. from <http://lib.edu.chula.ac.th/cuappl/libedu2007/content.aspmod>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

จิตเจียรไน สุชัยรัตน์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์, e-mail; Jjrn.schr.imm@gmail.com
ภาชีนี โอภาสี, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์, e-mail; pachinee.os@outlook.co.th
อรณัชชา จิตพิงค์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์, e-mail; onnutchachi2738@gmail.com
ชัชฎาวลัย โชคชัยทวีสุข, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์, e-mail; chatchada1003@gmail.com
วิสุทธิตา แสงจันทร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์, e-mail; w.saengjan20@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 45-59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 315 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในช่วง .67-1.00 และแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับทักษะความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอร้อยละ 69.2 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ได้แก่ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการจัดบริการสุขภาพ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทุกตัวแปรอิสระสามารถอธิบายความผันแปรของความรอบรู้ทางสุขภาพได้ร้อยละ 42.6 ($R^2 = 0.426$) จากผลการศึกษานี้หน่วยงานด้านสุขภาพในชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับประชากรที่จะเข้าสู่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในทุกขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเตรียมพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ประชากรก่อนสูงวัย, ผู้สูงอายุ

Factors Related to the Health Literacy of the Pre-aging Population in Sapphaya District, Chainat Province

Jitjearanai Suchairat, Nakhonsawan Rajabhat University, e-mail; Jjr.schr.imm@gmail.com

Pachinee Opasee, Nakhonsawan Rajabhat University, e-mail; pachinee.os@outlook.co.th

Onnutcha Chitphayuk, Nakhonsawan Rajabhat University, e-mail; onnutchachi2738@gmail.com

Chatchadawalai Chokchaitaweek, Nakhonsawan Rajabhat University,
e-mail; chatchada1003@gmail.com

Wisutthida Saengjan, Nakhonsawan Rajabhat University, e-mail; w.saengjan20@gmail.com

Abstract

The aim of this cross-sectional study was to examine the health literacy and factors related to health literacy among pre-aging people (aged 45-59 years) in Sapphaya District, Chainat Province in Thailand. The study was performed with a quantitative approach and a sample group of 315 pre-aging people. The research instrument was a questionnaire approved by three experts with a consistency index of .67-1.00. The data were analyzed by descriptive statistics and multiple regression analysis.

The research results revealed that most of the participants had health literacy at a fair level (69.2%). The factors that were found to be related to health literacy, with a statistical significance of 0.05 in the pre-aging population of Sapphaya area, were education level, financial status, family relationships and health services. All dependent variables could explain the variance of health literacy as 42.6% ($R^2 = 0.426$). The results indicated that the health care organizations and healthcare providers in communities should promote health literacy in pre-aging populations. Applying proactive healthcare services improves the health information accessibility, and having a process to promote health literacy in each stage contributes to the health behavior changes and preparation for becoming quality elderly people.

Keywords: Health Literacy, Pre-Aging Population, Elderly

บทนำ

สังคมไทยในปัจจุบันมีประชากรก่อนสูงวัย 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ประชากรกลุ่มนี้เป็นแรงงานสำคัญในการผลักดันการเจริญเติบโต และการขับเคลื่อนกลไกเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาท้าทายของกลุ่มอายุช่วง 45-59 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคนและเป็นช่วงแห่งการเตรียมตัวเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกมิติสุขภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งหน้าที่การงาน และรายได้ องค์การสหประชาชาติได้มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยมีเป้าหมายลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกัน การรักษาโรค การสนับสนุนสุขภาพจิต และความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573 (Centre for SDG Research and Support, 2022) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายมีค่าสูงสุดในช่วงอายุ 30 - 59 ปี (ค่าเฉลี่ย 25.4 kg/m²) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 60-79 ปี (ค่าเฉลี่ย 24.2 kg/m²) ช่วงอายุ 15-29 ปี (ค่าเฉลี่ย 23.7 kg/m²) และอายุ 80 ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 21.9 kg/m²) ตามลำดับ ส่วนความชุกของภาวะอ้วนสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 47.6 รองลงมาช่วงอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 46.8 ช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 42.6 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.0 ช่วงอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 32.7 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.2 ภาวะอ้วนเป็นภาวะที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรัง อีกทั้งพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยได้เปลี่ยนจากปัญหาในอดีตที่มีการเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดต่อมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งโรคเรื้อรังยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบัน จากการสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่ามีความชุกของพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชาชนไทยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 44.6 โดยเพิ่มจากการสำรวจครั้งที่ 5 ซึ่งมีร้อยละ 38.9 และมีความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 30.9 ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 พฤติกรรมเสี่ยงที่กล่าวมาทำให้คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี 2562 – 2563 เท่ากับร้อยละ 25.4 สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 ซึ่งพบความชุกร้อยละ 24.7 และยังพบโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (Aekplakorn, Puckcharern & Satheannoppakao, 2021)

ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวคิด Health literacy (World Health Organization, 1998) ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ เสริมสร้างความรู้ และสมรรถนะบุคคล อันจะช่วยให้ประชากรทุกช่วงวัยรวมทั้งประชากรก่อนสูงวัยสามารถดำรงสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง และปรับความเป็นอยู่ได้อย่างสมดุล พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในทุกมิติสุขภาพ โดยอาศัยทักษะในการรับรู้เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้นได้ด้วยตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) (Nutbeam, 2008) ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นโดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น (Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011) แต่ถ้าหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงหรือเพียงพอ (Adequate) จะทำให้เกิดผล

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี (Health outcome) เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น (Cho, Lee, Arozullah & Crittenden, 2008) จากการประเมินความรู้ทางสุขภาพ โดยกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2018) พบว่า ประชากรก่อนสูงวัยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาในระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.7) สำหรับระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.9 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาในระดับพอใช้ ร้อยละ 27.5 ส่วนระดับดีมาก น้อยที่สุด ร้อยละ 24.6 ระดับความรู้ทางสุขภาพในเกณฑ์ระดับพอใช้ อาจไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพ และ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต พบว่าทักษะความรู้ทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิต (Suksri, 2017) ซึ่งมีทิศทางไปในแนวทางเดียวกันกล่าวคือหากมีทักษะความรู้ที่ดี จะส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

อำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท มีประชากรก่อนสูงวัยที่มีอายุช่วง 45-59 ปีจำนวน 7,773 คน คิดเป็นร้อยละ 24 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มประชากรคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งอำเภอสรพยา และอีก 1-15 ปี ข้างหน้าประชากรกลุ่มนี้จะเคลื่อนเข้าสู่กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุในเวลาอันรวดเร็ว ข้อมูลโรคไม่ติดต่อของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรพยา และอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (Sapphaya District Public Health Coordinating Committee, 2018) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิจัยว่าประชากรก่อนสูงวัยมีความรู้ทางสุขภาพเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย และส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในชุมชนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นไป

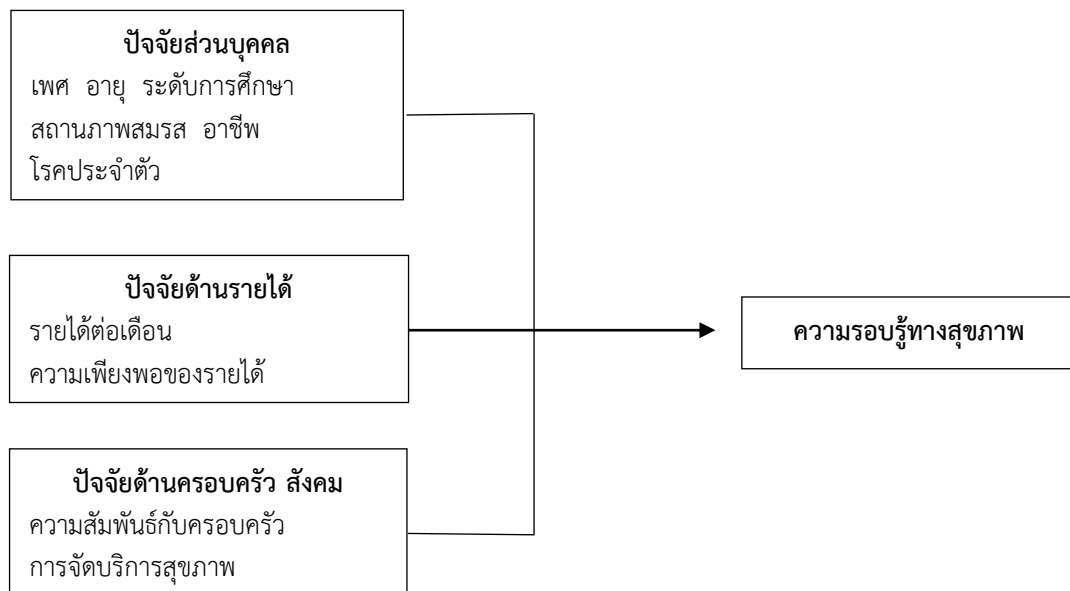
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพจากกรอบแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy Conceptual Framework) ที่เสนอโดย Sorensen et al. ปี 2012 (Roma, 2018) มาเป็นกรอบในการศึกษาซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึง จะเป็นกระบวนการที่ประชาชนเลือกแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ รู้วิธีการค้นหา สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการ และตรวจสอบข้อมูลที่เชื่อถือได้ 2) ทักษะการเข้าใจ เป็นทักษะของการมีความรู้ และในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติ สามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา และแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล 3) ทักษะการโต้ตอบซักถาม เป็นทักษะที่สามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนให้กับบุคคลอื่นเข้าใจ สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ รวมทั้งซักถามเมื่อมีข้อสงสัย 4) ทักษะการตัดสินใจ เป็นทักษะที่เกิดการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยใช้เหตุผล หรือ

วิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ 5) ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นทักษะที่สามารถกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติ รวมถึงสามารถปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้ และมีการทบทวน พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการศึกษาวิจัยได้นำเอาตัวแปรหลักดังกล่าวมาศึกษา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ ประกอบด้วย รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัว การจัดการบริการสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว แสดงรายละเอียดดังภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรอายุ ในช่วง 45 – 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อาศัยในพื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 7,773 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร เมื่อทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.44 และค่าคลาดเคลื่อนที่ .06 จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่น้อยกว่า 254 คน แต่ผู้วิจัยได้กำหนดค่า Design Effects ชดเชยเพิ่มอีก 1.2 เท่า ในกรณีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และเมื่อการสุ่มตัวอย่างใช้ความน่าจะเป็นของสัดส่วนกับขนาดตัวอย่าง (Cluster sampling probability proportional to size: Cluster PPS) ได้หมู่บ้าน 15 หมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้ ตำบลสรรพยาเป็นตัวอย่างในการศึกษา 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 และหมู่ 4 ตำบลลูกเป็นตัวอย่างในการศึกษา 4 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 หมู่ 3 หมู่ 7 และหมู่ 12 ตำบลเข้าแก้วเป็นตัวอย่างในการศึกษา 1 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 5 ตำบลโพนางคำตกเป็นตัวอย่างในการศึกษา 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 2 และหมู่ 5 ตำบลโพนางคำออกเป็นตัวอย่าง

ในการศึกษา 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 2 และหมู่ 6 ตำบลบางหลวงเป็นตัวอย่างในการศึกษา 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 2 และหมู่ 6 และตำบลหาดอาสาเป็นตัวอย่างในการศึกษา 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 2 และหมู่ 5 โดยแต่ละหมู่บ้านเก็บตัวอย่าง อย่างละ 21 คน รวมทั้งหมด 315 คน รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างของการศึกษา

Cluster	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวน ประชากร อายุ 45-59 ปี	จำนวน ประชากร สะสม	Clusters sample	Individuals per cluster
1	สรรพยา	01 บ้านวัดกำแพง *	131	131	579	21
2		02 บ้านกลาง	128	259		
3		03 บ้านหมู่ใหญ่	234	493		
4		04 บ้านสรรพยา *	230	723		
5		05 บ้านหัวแหลม	128	851		
6		06 บ้านวัดราษฎร์	38	889		
7		07 บ้านอ้อย	173	1062		
8	ตลุก	01 บ้านตลุก *	223	1285	2134	21
9		02 บ้านตลุก	166	1451		
10		03 บ้านบางไผ่เถื่อน *	186	1637		
11		04 บ้านศาลาขาว	139	1776		
12		05 บ้านโคกเข็ม	101	1877		
13		06 บ้านบางกระเบียน	101	1978		
14		07 บ้านคิ่งตาล*	185	2163		
15		08 บ้านหนอง	193	2356		
16		09 บ้านท้ายน้ำ	138	2494		
17		10 บ้านอ่าวเสวย	54	2548		
18		11 บ้านท้องคิ่ง	91	2639		
19		12 บ้านใหม่บางกระเบียน *	146	2785		
20	เขาแก้ว	01 บ้านนมโทะ	143	2928	3170	21
21		02 บ้านหนองกุ่ม	59	2987		
22		03 บ้านเขาแก้ว	64	3051		
23		04 บ้านนมโทะ	118	3169		
24		05 บ้านโป่งแค*	104	3273		
25		06 บ้านนมโทะ	64	3337		
26	โพนงคำตก	01 บ้านเกาะ	198	3535	4270	21
27		02 บ้านโพนงคำ*	321	3856		
28		03 บ้านคงคราม	187	4043		
29		04 บ้านบางเสวย	138	4181		
30		05 บ้านโคกจันทร์ *	169	4350		
31		06 บ้านคลองยาง	164	4514		

ตารางที่ 1 การสุ่มตัวอย่างของการศึกษา (ต่อ)

Cluster	ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวน ประชากร อายุ 45-59 ปี	จำนวน ประชากร สะสม	Clusters sample	Individuals per cluster
32	โพนางคำออก	01 บ้านท่าไทร	174	4688	4725	21
33		02 บ้านโพนางคำออก*	93	4781		
34		03 บ้านสวนมะม่วง	151	4932		
35	โพนางคำออก	04 บ้านทองคั้ง	185	5117	5243	21
36		05 บ้านจั่ว	79	5196		
37		06 บ้านบางท่าช้าง *	131	5327		
38		07 บ้านบางยายลา	92	5419		
39		08 บ้านบ่อพัฒนา	142	5561		
40	บางหลวง	01 บ้านท่าทราย	197	5758	5761	21
41		02 บ้านท่าน *	124	5882		
42		03 บ้านสวนลำไย	117	5999		
43		04 บ้านบางกระเบื้อง	229	6228		
44		05 บ้านกรุณา*	145	6373		21
45		06 บ้านดอนตะไล้	143	6516		
46		07 บ้านดอนมะเกลือ	95	6611		
47	หาดอาสา	01 บ้านหาดอาษา	132	6743	6798	21
48		02 บ้านตึก*	175	6918		
49		03 บ้านบางตาแฉกร	103	7021		
50		04 บ้านบางตาสุข	237	7258		
51		05 บ้านท่าทราย*	176	7434		21
52		06 บ้านศรีมงคล	132	7566		
53		07 บ้านเขาดิน	64	7630		
54		08 บ้านลำห้วย	61	7691		
55		09 บ้านศาลาแดง	82	7773		
รวม			55	7773		315

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำเครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์ ที่ประยุกต์จากทฤษฎี แนวคิด การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยลักษณะคำถามเป็น คำถามปลายปิด ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว 2) ปัจจัยด้านรายได้ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัว จำนวน 7 ข้อ การจัดบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแบบสำรวจ ความรอบรู้ทางสุขภาพ (ฉบับสั้น) โครงการสำรวจ ความรอบรู้ทางสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 ของวิมล โลมา (Roma, 2018) ที่พัฒนาแบบสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพโดยใช้กรอบ แนวคิดระบบพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพที่กรมอนามัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดความรอบรู้ทาง สุขภาพ (Health Literacy Conceptual Framework) ที่เสนอโดย Sorensen et al. ปี 2012 จำนวน

42 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง 8 ข้อ ทักษะความเข้าใจ 7 ข้อ ทักษะการชักถาม 12 ข้อ ทักษะการตัดสินใจ 7 ข้อ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 8 ข้อ โดยมีการจัดระดับความรู้ทางสุขภาพแต่ละมิติโดยใช้เกณฑ์รายละเอียดดังต่อไปนี้ (Roma, 2018)

ตารางที่ 2 เกณฑ์การจัดระดับความรู้ทางสุขภาพแต่ละมิติ

มิติ	ระดับความรู้ทางสุขภาพ		
	ไม่เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ	ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ	เพียงพอ ในการดูแลสุขภาพ
การเข้าถึง	น้อยกว่า 58%	58%-63%	มากกว่า 63%
การเข้าใจ	น้อยกว่า 76%	76%-77%	มากกว่า 77%
การชักถาม	น้อยกว่า 72%	72%-75%	มากกว่า 75%
การตัดสินใจ	น้อยกว่า 74%	74%-76%	มากกว่า 76%
เปลี่ยนพฤติกรรม	น้อยกว่า 73%	73%-74%	มากกว่า 74%

คะแนนรวมทุกทักษะความรู้ทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์โดยใช้จุดตัดที่ร้อยละ 75 (Roma, 2018) และจำแนกระดับความรู้ออกเป็น 2 ระดับ โดยมีคะแนนเต็ม 244 คะแนน คะแนนความรู้ทางสุขภาพ < 183 คะแนน คือ ระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และคะแนนความรู้ทางสุขภาพรวม $\geq$ 183 คะแนน คือ ระดับทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 45-59 ปี ในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท 30 ตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างที่คลั่งคลึงแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อถือได้โดยการพิจารณาความสอดคล้องภายในด้วยค่า Cronbach's Alpha Coefficients พบว่า ข้อมูลความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวมีค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.94 และข้อมูลความรู้ทางสุขภาพค่า Cronbach's Alpha Coefficients เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกเทศมนตรี ในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท ประสานกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา พร้อมกับนัด วัน และเวลา ในการสัมภาษณ์ และศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ที่ตั้งของบ้านกลุ่มตัวอย่าง และวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการสัมภาษณ์ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 45 นาที/ราย ในกรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล จะนัดหมายไว้เพื่อขอสัมภาษณ์ในภายหลัง และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ทั้งขณะทำการสัมภาษณ์และภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ในแต่ละวัน เพื่อความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งสามารถเก็บแบบสัมภาษณ์ได้จำนวน 315 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าเฉลี่ย และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทาง

สุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบปกติ (Enter) และรายงานอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย โดยนำตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงปริมาณซึ่งได้แก่ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการจัดบริการสุขภาพ มาร่วมกันวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นโดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ตัวแปรอิสระแต่ละคู่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันไม่เกิน .65 ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรอิสระแต่ละคู่ ไม่มีความสัมพันธ์กันเองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 จึงสามารถนำเข้าสู่สมการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณได้ ดังนั้นผู้วิจัยสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลการถดถอยเชิงพหุคูณได้ โดยไม่จำเป็นต้องตัดตัวแปรออกจากการวิเคราะห์

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2020-005 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามการป้องกันความเสี่ยงอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมในมนุษย์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 ช่วงอายุส่วนใหญ่คือ ช่วงอายุ 55-59 ปี ร้อยละ 39 รองลงมา ช่วงอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 38.4 และช่วงอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 22.5 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 47.3 รองลงมา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 20.6 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.7 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 รองลงมามี ร้อยละ 14.3 โสด ร้อยละ 7.6 และหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 37.1 รองลงมาอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 20.3 และอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.4 ปัจจัยด้านรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 46 รองลงมา มีรายได้ 5001-10,000 บาท ร้อยละ 37.1 และมีรายได้สูงกว่า 15,001 บาท ร้อยละ 10.2 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.2 รองลงมา รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 26 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 25.4 และรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 189.41 จากคะแนนเต็ม 244 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 116 คะแนน คะแนนสูงสุด 223 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 20.23 โดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับทักษะความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 69.2 เมื่อทำการเรียงลำดับความรอบรู้ทางสุขภาพรายทักษะ พบว่าความเพียงพอในการดูแลสุขภาพมากที่สุดคือ ทักษะความเข้าใจ ร้อยละ 84.8 รองลงมา ทักษะการตัดสินใจ ร้อยละ 84.4 ทักษะการซักถาม ร้อยละ 80 ทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ ร้อยละ 73.7 และทักษะการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 65.1 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท

ตัวแปร	n (%)
ความรู้ทางสุขภาพภาพรวม	
ระดับทักษะความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ	97 (30.8)
ระดับทักษะความรู้ทางสุขภาพเพียงพอ	218 (69.2)
Mean=189.4 SD.=20.3 Min=116 Max=223	
มิติทักษะความรู้ทางสุขภาพ	
ทักษะการเข้าถึง	
ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	89 (28.3)
ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	21 (6.7)
เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	205 (65.0)
ทักษะการเข้าใจ	
ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	38 (12.0)
ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	39 (12.4)
เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	238 (75.6)
ทักษะการชักถาม	
ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	42 (13.3)
ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	21 (6.7)
เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	252 (80.0)
ทักษะการตัดสินใจ	
ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	37(11.7)
ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	25(7.9)
เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	253(80.4)
ทักษะการเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ	
ไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	57 (18.0)
ต้องสงสัยว่าไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	26 (8.3)
เพียงพอในการดูแลสุขภาพ	232 (73.7)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย พบว่าจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรพยา จังหวัดชัยนาท ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (Enter) โดยมีตัวแปรที่นำเข้าสู่สมการเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพ ดังนี้ ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการจัดการบริการสุขภาพ พบว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ ที่เข้าสู่สมการให้คงที่แล้วที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาจะมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี 3.213 คะแนน ($\beta = -3.213$) ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพจะมีคะแนนความรู้ทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้เกินเพียงพอต่อการดำรงชีวิต 2.259 คะแนน ($\beta = -2.259$) ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.136 คะแนน ($\beta = 0.136$) จัดบริการสุขภาพมากขึ้นจะทำให้มีความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.605 คะแนน ($\beta = 0.605$) เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย พบว่าคะแนนการจัดการบริการสุขภาพ มีอิทธิพลมากกว่า ความสัมพันธ์กับครอบครัว การมีรายได้ไม่เพียงพอ และระดับ

การศึกษาประณการศึกษา (standardize beta = 0.219, 0.145, -0.246, -0.398) ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพมากถึงร้อยละ 42.6 ($R^2 = 0.426$) ส่วนอีกร้อยละ 57.4 อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษา ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ไม่มีอิทธิพลต่อคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ มีรายละเอียดดังตารางที่ 4 สมการทำนายความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย พยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score) คือ

$$Z_{\text{ความรอบรู้ทางสุขภาพ}} = -3.213_{(\text{ระดับการศึกษา})} - 2.259_{(\text{ความเพียงพอของรายได้})} + 0.136_{(\text{ความสัมพันธ์กับครอบครัว})} + 0.605_{(\text{การจัดบริการสุขภาพ})}$$

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย

ตัวแปร	β	t-value	p-value
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	-3.213	-2.649	0.009**
มัธยมศึกษาตอนต้น	-2.154	-1.744	0.082
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.ต้นหรือเทียบเท่า	-2.305	-1.898	0.059
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.สูงหรือเทียบเท่า	-1.718	-1.234	0.218
ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี	---	---	---
ความเพียงพอของรายได้			
รายได้เกินเพียงพอ	---	---	---
รายได้เพียงพอ	-0.440	-0.454	0.650
รายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง	-1.598	-1.691	0.092
รายได้ไม่เพียงพอ	-2.259	-2.268	0.024**
ความสัมพันธ์กับครอบครัว	0.136	2.650	0.008**
การจัดบริการสุขภาพ	0.605	4.030	0.001**

$R^2=0.426$, p-value < .05*, p-value < .01 **

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ เนื่องจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยทำงาน มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีพิจารณาได้จากทักษะการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับเพียงพอในการดูแลสุขภาพ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีการศึกษาอยู่ได้ระดับประถมศึกษา จากการที่ผู้สัมภาษณ์ลงสัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความสามารถในการเขียนหนังสือ และมีความสามารถในการอ่านภาษาไทยได้ ทำให้มีความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวแสดงถึงการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี ซึ่งคล้ายกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (Chotchai, Seedaket, Taearak, Panyasong, Buajun, 2019) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

จังหวัดบึงกาฬ (Darun & Krairat, 2019) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางสุขภาพเพียงพอมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่าระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับครอบครัว และการจัดบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้มีความรู้ทางสุขภาพที่มากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และเข้าใจในข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งสามารถหาข้อมูลเพื่อพิจารณาการตัดสินใจ เลือกใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพ และช่วยให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองได้ดีมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า และการศึกษาทำให้บุคคลมีความสามารถในการอ่าน การเขียน ทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารได้ดี และเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ การป้องกันโรค และวางแผนการรักษาจนมีพฤติกรรมที่สามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Chotchai et al., 2019) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในทางบวก ส่วนปัจจัยความเพียงพอของรายได้ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้เกินเพียงพอจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เกินเพียงพอนั้นสามารถแบ่งเงินเพื่อเก็บออม และมีสภาพการเงินที่ดี สามารถแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองได้ รวมทั้งมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ และเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอที่ไม่สามารถเลือกบริโภคในสิ่งที่มีผลดีต่อสุขภาพ และใช้ผลิตภัณฑ์และบริการที่เหมาะสมต่อสุขภาพ ส่วนความสัมพันธ์กับครอบครัว จากการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์กับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในทางบวก เนื่องจากผู้ที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวที่ดีครอบครัวจะคอยสนับสนุนส่งเสริมการเรียนรู้ มีการพูดคุย สนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน สนับสนุนและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีการจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ง่าย โดยที่ครอบครัวมีส่วนส่งเสริม สนับสนุนให้บุคคลได้มีการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีผลต่อการอยากเรียนรู้ และช่วยสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ดีมากขึ้นด้วย (Manganello, 2008) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดบริการสุขภาพและสื่อสาธารณะ (Wannapakae & Phatisena, 2018) พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพไปในทางบวก ส่วนการจัดบริการสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าการจัดบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในทางบวก เนื่องจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนถือเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพหลักในการส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถได้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง สามารถนำข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Chotchai et al., 2019) พบว่าการจัดบริการสุขภาพหากสามารถเข้าถึงได้ง่ายจะทำให้ประชาชนมีความเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ หรือสถานภาพสมรส เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพไม่มีการจำกัด เพศ อายุ หรือสถานภาพสมรสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพซึ่งทำให้ตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ ส่วนตัวแปรรายได้ต่อเนื่องจากการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพอาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้มากหรือน้อยไม่ได้ส่งผลถึงความรู้ทางสุขภาพเนื่องจากผู้ที่มีรายได้

เยาะนั้นมียารายจ่ายและความรับผิดชอบทางการเงินเยาะเช่นกัน ทำให้ข้อมูลในส่วนที่ระบุว่ามียารายได้เท่าใด อาจไม่เพียงพอที่จะมีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพได้ ดังนั้นจำนวนรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ แต่ควรมีการดำเนินโครงการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องผ่านช่องทางต่าง ๆ หรือจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมบริการสุขภาพเชิงรุก

2. จากผลการศึกษาพบว่ามียารายจ่ายที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัย ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบบริการด้านสุขภาพ และบุคลากรด้านสุขภาพ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดให้มีกิจกรรมการออกเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชากรก่อนสูงวัย โดยการให้ความรู้รายบุคคล รายกลุ่ม รวมถึงการกระจายข่าวสารทางสุขภาพผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน หรือผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพจประชาสัมพันธ์ของชุมชน ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของประชาชนก่อนสูงวัยในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในประชากรก่อนสูงวัยเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจในบริบทความรอบรู้ทางสุขภาพในชุมชนมากขึ้น

2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรก่อนสูงวัยในชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้ ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อวางแผนในกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในชุมชน

รายการอ้างอิง

- Aekplakorn, W. Puckcharern, H & Satheannoppakao, W. (2021). *Thai National Health Examination Survey NHES VI*. Bangkok: AKSORN GRAPHIC AND DESIGN PUBLISHING LIMITED PARTNERSHIP.
- Berkman, N. Sheridan, S. Donahue, K. Halpern, D & Crotty, K. (2011). health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* Jul 19 2011; 155(2), 97-107.
- Centre for SDG Research and Support. (2022). *Goal 3: Good Health and Well Being*. Retrieved December 1, 2022, from <https://www.sdgmove.com/2016/10/06/goal-3-good-health-and-well-being/>
- Cho. Y, Lee. S, Arozullah. A & Crittenden, K. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med* Apr 2008; 66(8), 1809-1816.
- Chotchai, T., Seedaket, S., Taearak, K., Panyasong, S. & Buajun, A. (2019). Factors Related to Health Literacy in Prevention of Hypertension among Group at Risk in Samran Sub-District, Muaeng District, Khon Kaen Province. The Southern College Network

Journal of Nursing and Public Health. 7(1), 45-56.

Darun, P., Krairat, P., (2019). Health literacy factors influencing on health behavior of population in Buengkan province. *Department of Health Service Support Journal*, 15(3), 71-82.

Daniel, W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed). USA, Malloy Lithographing.

Department of health service support, Ministry of Public Health. (2018). *Enhancing and evaluating health literacy; and health behavior*, revised Edition 2018. Nonthaburi.

Manganello, J. A. (2008). Health Literacy and Adolescents: a Framework and Agenda for Future Research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.

Nutbeam, D. (2008). *Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promot Int*, 15, 259-267.

Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of Practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill. World Health Organization. (1988). *Health Promotion*. WHO Publication.

Roma, W. (2018). *Thai health literacy survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above 2014*. Nonthaburi. Health systems research institute.

Sapphaya District Public Health Coordinating Committee. (2018). *Documents for the Briefing Government Inspectorate and Supervision of Normal Case, Fiscal Year 2018*. Chainat

Suksri, S. (2017). Health Literacy and Self Care Related to Quality of Life of Elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen Province. *KKU Research Journals*, 17(4), 73-84.

Wannapakae, J., & Phatisena, T. (2018). Relationship Between Health Literacy and Personal Factors with Health Behavior among Risk Group with Hypertension in Talad Sub-District, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *SMT Journal*, 4(Special), 176-185.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Globally*. Geneva Switzerland.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

ดวงพร บุญมี, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อผุด อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี,
e-mail; bewchatwut2519@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี 2) เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ระหว่าง 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2565 ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 – 139/89 mm.Hg จำนวน 469 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย คำนวณโดยใช้ตารางสูตรสำเร็จของ เครจซีและมอร์แกน ได้ 210 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์ครอนบาค เท่ากับ .84 และ .98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการแจกแจงด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจระดับไม่ถูกต้อง (Mean=5.54, SD.= 1.79) ด้านที่มีระดับปานกลางขึ้นไป (ระดับสูงรวมกับระดับปานกลาง) ด้านที่มีค่าร้อยละสูงสุด คือ ด้าน 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส และด้าน 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เท่ากับร้อยละ 99.05 และ 97.62 ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าร้อยละต่ำที่สุด คือ ด้าน 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตาม หลัก 3อ 2ส ร้อยละ 71.67

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหารด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Relationship Between Health Literacy and Health Behavior Among Risk Group with Hypertension in Koh-Samui, Surat Thani Province

Daungpon Boonmee, Bophut Subdistrict Health Center Koh-Samui, Surat Thani,
e-mail; bewchatwut2519@gmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study level of health literacy among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province, 2) study level of health behavior among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province and 3) study relationship between health behavior and health literacy among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province. Study was implemented from August, 1 to October, 31, 2022. Population were 469 people, aged over 35 years, having blood pressure between 120/80 and 139/89 mmHg, living in Koh-Samui district, Surat Thani province. 210 Sample were drawn using table of sample size determination (Krejcie and Morgan), Data were collected through 1) demographic recording form, 2) health literacy assessment scale for risk group with hypertension, 3) health behavior assessment scale for risk group with hypertension. Both scales were developed and revised by health education division (2018) as well as validated by experts. Scales were piloted for reliability with 30 people of risk group with hypertension yielding Cronbach alpha coefficient of .84 and .98 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson product moment Correlation Coefficient. Research results revealed that;

1) Level of health literacy among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province covered 8 aspects including knowledge and understanding of health were at a wrong level (Mean=5.54, SD.= 1.79), Discrimination decision based on 3E 2S principle and information and health service based on 3E 2S principle, were at a medium level (99.05 and 97.62 percentage respectively), media literacy for health promotion based on 3E 2S principle were at a lowest level.(71.67 percentage)

2) Level of health behavior among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province was at a medium level, including knowledge food consumption, exercise and stress management

3) Health behavior was significantly low related to knowledge of health literacy among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province ($p=.05$)

Programs and activities to promote health literacy among risk group with hypertension, Koh-Samui district, Surat Thani province were applied to prevent disease progression and enhance quality of life.

Keyword: Health Literacy, Health Behavior, Risk Group with Hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีประชาชนมีการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 5,552,363 คน สามารถควบคุมความดันโลหิตได้จำนวน 1,099,850 คิดเป็นร้อยละ 19.81 (Ministry of Public Health, 2018) โดยประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าถึงระบบบริการร้อยละ 29 (Bureau of Non Communication, Department of Disease Control, 2018) จากการคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25.52 เป็น ร้อยละ 27.33 ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า กลุ่มประชาชนที่มี ภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็นร้อยละ 9.47 และกลุ่มปกติ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 4.11 ซึ่งกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มปกติเป็น 2 เท่า (Department of disease control, 2015)

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับความเครียด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2014) ซึ่งผู้ที่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก็อาจจะนำไปสู่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension risk) คือผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก 120–139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80–89 มิลลิเมตรปรอท (Joint National Committee 7, 2003) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่การป่วยในไม่ช้า แต่หากสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก็จะสามารถลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง และนำไปสู่การลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ อีกจำนวนมาก การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ซึ่งหากดูแลสุขภาพไม่ดีจะนำไปสู่การเจ็บป่วยแทรกซ้อนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะไตวายเรื้อรัง รวมถึงเศรษฐกิจของครอบครัวรวมถึงเศรษฐกิจระดับประเทศ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ปัจจุบันในการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะการรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางสังคม (Cognitive and Social Skills) ที่ กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจในข้อมูล และใช้ข้อมูลข่าวสารในหนทางที่เป็นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (World Health Organization, 2004) ซึ่งตัวชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชนเป็นความสามารถในการเข้าถึง อ่าน เขียน คำนวณ เข้าใจ วิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้รวมถึงเป็นดัชนี ที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขภาพศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication Activities) (Nutbeam, 2000) ความรู้ด้านสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยา วัคซีน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของประชากรที่มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่าง กัน นอกจากนี้การพัฒนาระบบสุขภาพไม่ควรมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยหรือกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น แต่ควร

ครอบคลุมผู้ดูแลหรือครอบครัวด้วย (Woratanarat, Woratanarat, Wongdontre, & Janpanich, 2015) กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ มีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรเพื่อให้มีสถานะสุขภาพดีขึ้น ลดภาระของระบบบริการสุขภาพ โดยระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และเกิดประสิทธิภาพในกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพ (Woratanarat, Woratanarat, Wongdontre, & Janpanich, 2015)

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ กล่าวคือ หากมีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ด้อยอัตราป่วยลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008) ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น สามารถตัดสินใจเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้นหรือลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายและเพิ่มสัดส่วนการบริโภคผักผลไม้มากขึ้น (Wagner, Knight, Steptoe, & Wardle, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพดีจะมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Gladdar, Valerio, Carsia, & Hansen, 2012) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Riangkam, Wattanakitkrileart, Ketcham, & Sriwijitkamol, 2016)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการได้รับบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Riangkam, Wattanakitkrileart, Ketcham, Sriwijitkamol, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดสระแก้ว พบความรู้ด้านสุขภาพระดับก้ำกึ่ง โดยความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญเรื่องโรคความดันโลหิตสูง (Kaewtong, Termsirikulchai, Leelaphun, Kengganpanich, & Kaedumkoeng, 2014) ความรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีความสามารถในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตรงข้ามกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกตรวจโรค ผู้ป่วยนอกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลระดับตติยภูมิความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับสูงซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Riangkam, Wattanakitkrileart, Ketcham, Sriwijitkamol, 2016) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพที่ดี

จังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดที่มีอุบัติการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในลำดับต้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 53.39 (เขตสุขภาพที่ 11 สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในพื้นที่ อ.เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 469 คน ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพของ

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงใน อ.เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างที่ อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นข้อมูลย้อนกลับในภาพรวมให้กลุ่มเสี่ยงและสำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี มีองค์ประกอบ 8 ด้าน คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม และด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยที่ความรอบรู้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงของแบบวัดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงปี 2561 ดังภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

- ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส
- การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส
- การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส
- การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส
- การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส
- การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม
- การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพของประชากร
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ระยะเวลาศึกษาวิจัย ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2565

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 469 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

- 1) ความดันโลหิตระดับบน อยู่ในช่วง 120-139 mmHg และความดันโลหิตระดับล่างอยู่ในช่วง 80-89 mmHg หลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที
- 2) ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้ตารางสูตรสำเร็จของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้ขนาดตัวอย่าง 210 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ทั้ง 9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

- 1) ความดันโลหิตระดับบน อยู่ในช่วง 120-139 mmHg และความดันโลหิตระดับล่างอยู่ในช่วง 80-89 mmHg หลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที
- 2) ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ฟังและพูดภาษาไทยได้
- 4) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

- 1) ความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงหลังจากวัด 2 ครั้ง อยู่ในกลุ่มป่วยเป็นความดันโลหิตสูง
- 2) ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุข บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะเสี่ยงถึงปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดของ Division of Health Education(2012) ที่สร้างขึ้นตามหลัก 3อ 2ส มี 8 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนคือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจระดับไม่ถูกต้อง (0-4 คะแนน) ระดับ ถูกต้องบ้าง (5-7 คะแนน) และระดับ ถูกต้องที่สุด (8-10 คะแนน)

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และ ทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ มีการเข้าถึงข้อมูลระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับได้แก่ มีการสื่อสารระดับไม่ดีพอ (0-11 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (12-18 คะแนน) และระดับดีมาก (19-24 คะแนน)

ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่มีการตัดสินใจเลือกในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็น แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมในระดับไม่ดีพอ (0-9 คะแนน) ระดับพอใช้ได้ (10-15 คะแนน) และระดับดีมาก (16-20 คะแนน)

ด้านที่ 8 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ 3 วัน/สัปดาห์

4-5 วัน/สัปดาห์ และ 6-7 วัน/สัปดาห์ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง ของพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงปี 2561 (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2012) ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหารจำนวน 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 2 ข้อซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ใช้เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน ไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การแปลคะแนนคือ ในระดับต่ำ (0-1.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.34-2.66 คะแนน) และระดับสูง (2.67-4.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง ของพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงปี 2561 (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2012) ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหารจำนวน 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 2 ข้อซึ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ใช้เกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน ไม่ปฏิบัติ มีเกณฑ์การแปลคะแนนคือ ในระดับต่ำ (0-1.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.34-2.66 คะแนน) และระดับสูง (2.67-4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ที่สร้างขึ้นตามหลัก 3อ 2ส และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของแบบวัดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงปี 2561 (Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2012) ผ่านการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach Coefficient) ได้เท่ากับ .84 and .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ 9 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง เข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 9 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนการดำเนินงาน การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูล การเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับใดๆ ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ร่วมการวิจัย โดยไม่รบกวนการเข้ารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง
3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที
4. เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมดแล้ว จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบ ความถูกต้องอีกครั้ง และคัดเลือกฉบับสมบูรณ์ไว้เพื่อนำไปใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หาค่าสถิติการแจกแจงความถี่ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจริยธรรมหมายเลข STPHO2022-032 จาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุเฉลี่ย 50.79 ปี (SD.= 11.31) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.81 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.05 สถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 62.38 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 31.90 อาชีพรับจ้างร้อยละ 48.10 ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขโดยเฉลี่ย 1.87 กิโลเมตร (SD.= .52) บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยาร้อยละ 54.76 ระยะเวลาที่ทราบว่ามีภาวะเสี่ยงถึงปัจจุบัน ประมาณ 3 ปี การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 69.52

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี แบ่งออกเป็น

2.1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ พบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี มีความรู้ความเข้าใจระดับไม่ถูกต้อง (Mean=5.54, SD.= 1.79)

2.2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ด้านที่ 2 - ด้านที่ 8 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากร	ความรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับดีมาก	ระดับพอใช้ได้	ระดับไม่ดีพอ
ด้าน 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	44.29	53.33	2.38
ด้าน 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	20.95	74.29	4.76
ด้าน 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	10.48	80.48	9.05
ด้าน 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	6.67	65.24	28.10
ด้าน 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส	33.81	65.24	.95
ด้าน 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	28.10	65.24	6.67
ด้าน 8 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	23.81	68.10	8.10

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ด้านที่ 2 -ด้านที่ 8 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ในทุกด้าน หากพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีระดับปานกลางขึ้นไป (ระดับสูงรวมกับระดับปานกลาง) ด้านที่มีค่าร้อยละสูงที่สุด คือ ด้าน 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส และ ด้าน 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เท่ากับร้อยละ 99.05 และ 97.62

ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าร้อยละต่ำที่สุด คือ ด้าน 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 71.67

3. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้าน	ความรู้ด้านสุขภาพ	
	Mean	SD.
ด้านการบริโภคอาหาร	1.60	.75
ด้านการออกกำลังกาย	2.23	.92
ด้านการจัดการความเครียด	1.48	1.03
รวม	1.71	.61

จากตารางพบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง(Mean=1.71, SD.= .61) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหาร(Mean=1.60, SD.= .75) ด้านการออกกำลังกาย (Mean=2.23, SD.= .92) และด้านการจัดการความเครียด (Mean=1.48, SD.= 1.03) อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	
	r	p-value
ด้าน 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.084	.227
ด้าน 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	.321	.001*
ด้าน 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	.019	.986
ด้าน 4 การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	.227	.001*
ด้าน 5 การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศเพื่อสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส	.015	.834
ด้าน 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ 2ส	.015	.829
ด้าน 7 การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม	.123	.075
ด้าน 8 การคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง	.124	.075

* $p\text{-value} < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจและการกระทำเมื่อได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลเป็นจำนวนมากทั้งจากระบบสุขภาพและผ่านสื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่หลากหลาย บุคคลจึงต้องมีทักษะขั้นพื้นฐานด้านการเรียนรู้ ควบคู่ไปกับความรู้ด้านสุขภาพ มีความเข้าใจและไตร่ตรองเพื่อเลือกใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสมในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงพบว่ากลุ่มเสี่ยง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่ารายได้ต่อครัวเรือนของคนไทย ซึ่งรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนไทยอยู่ที่เดือนละ 27,352 บาท และส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งทำให้บุคคลต้องใส่ใจในการประกอบอาชีพจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงทำให้ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังผลการสำรวจของ Ministry of Public Health (2018) ทำการสำรวจในประชาชนจำนวน 310,045 คน ในภาพรวมของประเทศ พบว่า มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 42,763 คน มีพฤติกรรมบริโภคอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารหมักดอง ร้อยละ 82.10 พฤติกรรมเติมน้ำปลาเกลือและซอสอื่นๆ เพิ่มในอาหาร เป็นส่วนใหญ่และเติมทุกครั้งร้อยละ 78.40 พฤติกรรมบริโภคอาหารทอดร้อยละ 83.9 เนื้อสัตว์หรืออาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 82.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengdet & Limtragool (2012) ที่ได้สัมภาษณ์กลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ทราบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มและอาหารประเภทที่เป็นเครื่องแกงทุกชนิดจะต้องเติมเกลือ กะปิ นอกจากนี้ ยังพบว่าการดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ ถึงร้อยละ 37.5 จึงทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อธิบายได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดูแลตนเอง การที่บุคคลดูแลตนเอง สามารถจัดการตนเองได้ เป็นผลมาจากความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เกิดจากความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ทั้งนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งด้านระยะทางที่ไม่ไกลจากสถานบริการสุขภาพ และด้านสัมพันธภาพกับบุคลากรสาธารณสุข นอกจากนี้ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเป็นผู้ที่มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/80 – 139/89 mm.Hg ซึ่งแสดงถึงการมีความสามารถในการดูแลตนเอง

น้อยลง เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Orem, 2001) รวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ (Thanasukarn, & Nelaphijitr, 2016) เป็นการเรียนรู้ แสวงหาข้อมูลเพื่อนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน เมื่อประชากรมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางอาจส่งผลให้ประชากรกลุ่มนี้มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Kaewtong, Termsirikulchai, Leelaphun, Kengganpanich, & Kaedumkoeng, (2014) พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหอย จังหวัด สระแก้วมีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับก้ำกึ่ง ที่ยังไม่มีความสามารถเพียงพอในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Thonglad (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตลาด อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการเข้าถึง ข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อ.เกาะสมุย จ.สุราษฎร์ธานี อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกะสมุย ควรวางแผนเชิงนโยบายและจัดทำแนวทาง /กิจกรรม ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันการดำเนินของโรคความดันโลหิตสูง และป้องกันการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ของประชาชนในอำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำข้อมูลที่ได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบ่อผุด อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อรับทราบปัญหาเฉพาะรายกรณี และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเพิ่มการดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพต่อไป

รายการอ้างอิง

Arahung, R., (2018). The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of pre-hypertension risk group at a Community in Nakhon Pathom Province. Community Nurse Practitioner; M.S.N. (Community Nurse Practitioner. (in Thai)

- Area Health 11, Office of Inspector General, Ministry of Public Health. (2015). Health Strategies 2016. Retrieved January 10, 2518, from <http://www.rpho11.go.th/rpho11/upload/news/news-doc-00262.pdf>
- Bureau of Non Communication, Department of Disease Control. (2018). Retrieved January 10, 2518, from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/CNN-Book.pdf>
- Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*. 66: 1809-1816.
- Division of Health Education, Health Science Faculty, Mahidol University. (2016). Health literacy of people who are at risks for type II diabetes and hypertension. Retrieved January 10, 2518, from <http://www.hed.go.th/linkhed/file/410>
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2012). A guide to health literacy for promoting healthy behavior of people who are at risks for type II diabetes and hypertension. Public Health Ministry: Nonthaburi;
- Department of disease control. (2015). Campaign of World Hypertension Day [internet]. Nonthaburi: Department of disease control; . Retrieved January 12, 2518, from <http://www.thaincd.com>
- Gladdar, S.F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28-36.
- Joint National Committee 7-Complete Version. (2003, December). The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (JNC VII). *Hypertension*, 42(6), 2106-2152
- Kaewtong, N., Termsirikulchai, L., Leelaphun, P., Kengganpanich, T., & Kaeodumkoeng, K., (2014). Health Literacy of group at risk of Hypertension at Ban Nonghoi Sub-District Health Promoting Hospital, Sa Kaeo Province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(1), 45-56. (in Thai)
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-610.
- Norasing, Montree Sutthiphan Thanomphan (2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakhonping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakhonping Hospital*, 10(1); 34-50. (in Thai)
- Nutbeam D., (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

- Orem, D. E. (2001). Nursing concepts of practice. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ministry of Public Health. (2018). Percentage of people who are at risks for type II diabetes and hypertension, 2019 Fiscal year. Retrieved January 10, 2518, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=cf7d9da207c0f9a7ee6c4fe3f09f67dd&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535
- Riangkam, C, Wattanakitkrileart, D., Ketcham, A, & Sriwijitkamol, A,. (2016). Health Literacy, Self-Efficacy, Age and Visual Acuity Predicting on Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. J Nurs sci, 34(4), 35-46. (in Thai)
- Thanasukarn, C. & Nelaphijitr, N., (2016). A Survey of Health literacy in Diabetes and Hypertension. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thonglad, J. (2022). Factors Relationship Between Health Literacy and Personal Factors with Health Behavior Among Risk Group with Hypertension in Talad Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Primary Health Care (Northeastern Edition). 36(2), 82-90. (in Thai)
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., and Wardle, J. (2007). Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults. Journal of Epidemiol Community Health, 61(12), 1086-1090.
- Woratanarat, T., Woratanarat, P. Wongdontre, O, & Janpanich, M. (2015). A Review Situation and mechanism of Health Health Literacy. Research Report, Retrieved January 10, 2518, from <https://www.hsri.or.th/research/detail/6326>
- World Health Organization. (2009). Health Literacy Final. Retrieved January 10, 2018, from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- World Health Organization. (2014). A global brief on hypertension. Geneva: World Health Organization : WHO

**ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อความรู้
เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม
วิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล**

ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; supalak@bcnsurat.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ และเพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 139 คน เครื่องมือที่ใช้ แบบทดสอบความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Mean=2.90, SD=.86) และมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.61 ,SD=.58)

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอน, การบูรณาการ, การประเมินภาวะสุขภาพ, การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

The effect of an integrated teaching and learning management program on the knowledge of Health Assessment and Holistic Basic Nursing Practice Techniques: Nursing Principles and Techniques

Supalak Thanaroj, Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; supalak@bcnsurat.ac.th

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare before and after results of the average knowledge scores on health assessment and holistic basic nursing techniques of nursing students, once participating in the integrated teaching program. It is also to study student satisfaction towards teaching and learning management on health assessment and the holistic basic nursing practice techniques among nursing students. The sample group was consisted of 138 Bachelor's Degree nursing students in the second year of their academic year in 2021. The tools used were knowledge test on health assessment, the holistic basic nursing techniques and the satisfaction assessment form towards teaching and learning on health assessment and the holistic basic nursing practice techniques by the students. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results showed that the mean scores of knowledges on health assessment and the holistic basic nursing techniques of nursing students after participating in the integrated teaching management program were higher than before their participation, with statistical significance at the .01 level (Mean=2.90, SD=.86) and overall satisfaction at the highest level. (Mean=4.61, SD=.58)

Keywords: Teaching and Learning Management, Integrated teaching, Health Assessment, Holistic Basic Nursing Practice

บทนำ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นสาระสำคัญในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งมีความสำคัญต่อการให้การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลตัดสินใจเกี่ยวกับการจำแนกปัญหาและวางแผนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะรายได้ และเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่ทำให้เกิดการให้บริการและการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cheewakasaimsook, 2021) การประเมินภาวะสุขภาพให้แก่ผู้รับบริการ ผู้ประเมินภาวะสุขภาพ อาทิ เช่น พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ด้านจิตวิทยาและการปรับตัวทางสังคม กายวิภาคสรีระวิทยา เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์สภาพร่างกายของผู้รับบริการที่ถูกต้อง นอกจากนี้การประเมินภาวะสุขภาพยังเป็นทักษะพื้นฐานที่ช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องอาศัยกระบวนการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างเป็นระบบทั้งการรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกายและความต้องการการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ และต้องเชื่อมโยงข้อมูลที่ประเมินได้จากผู้รับบริการไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการให้พยาบาลแบบองค์รวมต่อไป

ความสามารถในการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่สนองความต้องการด้านสุขภาพครอบคลุมทุกมิติของบุคคลทั้งคน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลที่สถาบันการจัดการศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญอันเนื่องมาจากเป็นความสามารถที่จะทำให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสัมพันธ์กันในทุกมิติ ตอบสนองความเชื่อทางวัฒนธรรม และประสบการณ์แต่ละบุคคลร่วมด้วย (Hatthakij & Chukamnerd, 2015) สถาบันการศึกษาที่จะพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม จึงต้องออกแบบการจัดการศึกษาที่พัฒนานักศึกษาให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของความเป็นองค์รวมของบุคคล, การจัดบรรยากาศที่มีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ, การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง, การให้ข้อมูลและความรู้แก่ผู้รับบริการ, การสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร, และการส่งเสริมสนับสนุนการใช้วิถีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Thanaroj, Surmak, Kerdthong & Chantira, 2021) ดังนั้นการออกแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม จึงต้องผสมผสานสาระความรู้ ปลูกฝังทัศนคติที่ดี มีค่านิยมที่ดีงาม และมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ต่าง ๆ ได้อย่างสมดุลกัน จึงจะส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แก่นักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการเรียนการสอนที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถ ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสู่การเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ด้วยปัญญาหรือเป็นบัณฑิตที่สมบูรณ์นั้น ทำได้โดยการจัดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงที่ผ่านการพัฒนาด้วยการให้ศึกษาสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งเรียนรู้หรือชุมชนที่กำหนด ย่อมจะส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง และมีสมรรถนะตามที่คาดหวัง (Turner, Boonprasithi, & Pinyomit, 2010) ตรงตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2545 (Office of Higher Education Commission, 2003) มาตรา 22 ซึ่งกำหนดแนวทางในการจัดการศึกษาไว้ว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักให้ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองตามธรรมชาติและเต็มศักยภาพ มาตรา 24 (3) ในกระบวนการเรียนรู้ กำหนดไว้ว่า ให้จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้

ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่านและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง และในมาตรา 24 (4) ได้กำหนดให้สถานศึกษาจัดการเรียนการสอนโดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่างๆ ได้สัดส่วนสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชา (Kajonpanyapaisal, 2013; Timsuwan, & Sunsern, 2012)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์ของรายวิชาเพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจแนวคิด หลักการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาหากนักศึกษาได้เรียนรู้จากโปรแกรมที่ออกแบบให้มีการบูรณาการการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการ ที่จะช่วยส่งเสริมความรู้และความสามารถในการเรียนรู้เพื่อจะนำไปใช้ได้จริงให้ดียิ่งขึ้น (Sandle, 2015) ผักผันทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ อีกทั้งจะสามารถสร้างเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ (Rakthai, Cheepprasop, & Kanyook, 2010) ได้อีกด้วย โปรแกรมของการบูรณาการการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการในครั้งนี้จึงเป็นการนำความรู้จากประสบการณ์จริงมาพัฒนาผู้เรียนตามจุดมุ่งหมายรายวิชาและเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง สามารถนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ในชั้นเรียนร่วมกับการค้นคว้าและศึกษาความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องไปให้บริการวิชาการกับกลุ่มผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ตามวัตถุประสงค์ที่สำคัญของรายวิชา ดังนั้นเพื่อเตรียมนักศึกษาให้พร้อมเรียนรู้รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล และมีศักยภาพในการบริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการเรียนการสอนวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลแบบบูรณาการโครงการบริการวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care ที่สามารถนำความรู้และทักษะปฏิบัติที่พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care ในสถานการณ์จริงของผู้รับบริการมาบูรณาการกับการเรียนการสอน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางการบูรณาการการบริการวิชาการต่างๆ กับการเรียนการสอนในรายวิชาอื่นๆ ต่อไป

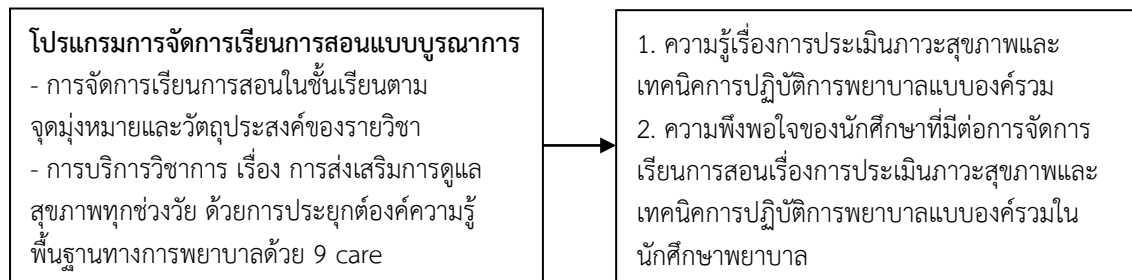
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการต่อความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม: กรณีศึกษารายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบบูรณาการของทฤษฎีพัฒนาการเรียนรู้อุปถัมภ์ (Constructivism Approach) (Vygotsky, 1987) และแนวคิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ (Transfer of Learning) (Thorndike, 1901) ในการสร้างโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบ

บูรณาการ และดำเนินการเปรียบเทียบความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาล
พื้นฐานแบบองค์รวมและศึกษาผลความพึงพอใจตามกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง (One Group Pre-Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2564 จำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2564 ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรทั้งหมด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน

เครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอน คือ โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนของการเรียนการสอน รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ได้แก่ มคอ.3 รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ตารางสอน แผนการสอนรายบท ที่กำหนดรายละเอียดของการบูรณาการกับโครงการบริการวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care คือ 1) การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีไข้ (Fever Care) 2) การดูแลเสมหะ/การบริหารปอด (Respiratory Care) 3) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (Wound Care) 4) การล้างมือ 7 ขั้นตอนและการสวมหน้ากากอนามัย (Covid Care) 5) การให้อาหารทางสายยาง (Nutrition Care) 6) การใช้ยาสามัญประจำบ้าน (Home Remedies Care) 7) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Care) 8) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Mouth Care) และ 9) การนวดหลังและการออกกำลังกายบนเตียง (Comfort Care) และส่วนของการบริการวิชาการ ได้แก่ แผนการบริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โครงการบริการวิชาการ กำหนดการ และแบบประเมินการเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการที่ใช้เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ และความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ จะประกอบไปด้วย 3 ระยะ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนดำเนินการของโปรแกรมการบริการวิชาการเรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care บูรณาการวิชาการหลักการ และเทคนิคการพยาบาล ปีการศึกษา 2564

ระยะการดำเนินการ	บทบาทอาจารย์ผู้สอน	บทบาทนักศึกษา
1. ขั้นเตรียมการ	1.1 ร่วมออกแบบผลลัพธ์การเรียนรู้และประเมินผลนักศึกษาตามเนื้อหาที่รับผิดชอบ โดยการออกข้อสอบจำนวน 5 ข้อ/เรื่อง สำหรับเป็น Pre-test/Post-test 1.2 เตรียมนักศึกษาสำหรับการบริการวิชาการ - เนื้อหาที่จะใช้ - กลุ่มเป้าหมาย - การกำหนดวัตถุประสงค์การให้ความรู้และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกลุ่มเป้าหมาย	1.1 ทำแบบทดสอบ Pre-test 1.2 เตรียมความพร้อมการบริการวิชาการ - ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับกลุ่มเป้าหมาย - ค้นคว้าเนื้อหาสาระ/เลือกเนื้อหาที่จะใช้ในการบริการวิชาการ - ออกแบบวิธีการบริการวิชาการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย - การกำหนดวัตถุประสงค์การให้ความรู้และผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกลุ่มเป้าหมาย
2. ขั้นดำเนินการ	2.1 ร่วมบริการวิชาการ 2.2 ประเมิน นศ. LO 2 และ 3 2.3 ร่วมประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวังจากกลุ่มเป้าหมาย	2.1 จัดบริการวิชาการตามกำหนดการในโครงการบริการวิชาการ 2.2 ประเมินผลโครงการบริการวิชาการ
3. ขั้นประเมินผล	3.1 ประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการให้บริการวิชาการ (สะท้อนคิดกลุ่มเล็ก) 3.1 ประเมินความรู้ความเข้าใจและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการบริการวิชาการของนักศึกษา 3.2 ร่วมนำเสนอและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการบริการวิชาการ 3.3 อำนวยความสะดวกนักศึกษาให้สะท้อนคิดถึงสิ่งที่ได้รับการบริการวิชาการ 3.4 อำนวยความสะดวกนักศึกษาให้ถอดบทเรียนสิ่งที่เรียนรู้จากการบริการวิชาการและการ	3.1 นำเสนอกระบวนการบริการวิชาการที่นำไปใช้ในการให้บริการวิชาการ 3.2 นำเสนอผลลัพธ์จากการบริการวิชาการเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย 3.3 สะท้อนสิ่งที่นักศึกษาได้รับการบริการวิชาการนำเสนอและร่วมแลกเปลี่ยนผลจากการสะท้อนคิด 3.4 ถอดบทเรียนสิ่งที่เรียนรู้จากการบริการวิชาการ 3.5 ทำแบบทดสอบ Post-test

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่รับผิดชอบรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม 9 เรื่อง ละเอียด 5 ข้อ ได้แก่ 1) การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีไข้ (Fever Care) 2) การดูแลเสมหะ/การบริหารปอด (Respiratory Care) 3) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (Wound Care) 4) การล้างมือ 7 ขั้นตอนและการสวมหน้ากากอนามัย (Covid Care) 5) การให้อาหารทางสายยาง (Nutrition

Care) 6) การใช้ยาสามัญประจำบ้าน(Home Remedies Care) 7) การดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Care) 8) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Mouth Care) และ 9) การนวดหลังและการออกกำลังกายบนเตียง (Comfort Care) จำนวนทั้งสิ้น 45 ข้อ เป็นลักษณะแบบทดสอบปรนัย แบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก กำหนดการผ่านการประเมินแบบทดสอบที่ร้อยละ 70 (32 ข้อ) และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยกรรมการวิชาการของสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และอาจารย์ที่รับผิดชอบรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับสาระและองค์ความรู้ที่ต้องการวัดด้วยค่าดัชนีตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ .86 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากต่างสถาบัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ (Reliability of the test) ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson's method) มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ KR-20 = .48

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถาม ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นแบบข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน 2) ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน และ 3) ด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ จัดระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ โดยแบ่งระดับคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาและพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.90 และนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย จากนั้นนำแบบประเมินความพึงพอใจไปใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 35 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 30 คนแล้วมาวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผนการจัดการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการ ผู้วิจัย อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล และงานบริการวิชาการของวิทยาลัยพิจารณาความสอดคล้องของปัญหาและความต้องการของชุมชนรับผิดชอบของวิทยาลัยกับลักษณะรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดให้มีการบูรณาการกับเนื้อหาในรายวิชาจำนวน 5 บท ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ความสอดคล้องของความต้องการของผู้รับบริการในชุมชนกับเนื้อหาในรายวิชาทั้ง 5 บท จนเป็นที่มาของการกำหนดหัวข้อในการบริการวิชาการทั้ง 9 เรื่อง รวมทั้งได้กำหนดผู้รับผิดชอบ การประเมินผล ระยะเวลา และการเตรียมชุมชน เพื่อนำไปวางแผนการจัดการเรียนการสอนและจัดทำ มคอ.3 และเสนอโครงการบริการวิชาการ เพื่อขออนุมัติตามขั้นตอน

2. การนำโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลมาใช้ โดยหลังจาก มคอ.3 รายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล และโครงการบริการวิชาการเรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care ได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้เตรียมนักศึกษาและอาจารย์ดังนี้

2.1 ปฐมนิเทศนักศึกษาเกี่ยวกับลักษณะรายวิชา วิธีการเรียนการสอน เนื้อหา การวัด ประเมินผล และชุมชนที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาด้วยการจัดบริการวิชาการ

2.2 ปฐมนิเทศอาจารย์และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ตาม มคอ.3 และแผนการสอนที่กำหนดไว้ รวมทั้งสอดแทรกการตั้งคำถามนำเกี่ยวกับเนื้อหาที่จะต้องนำไปใช้ในการให้บริการวิชาการ ของทั้ง 5 บท 9 เรื่อง และเปิดโอกาสให้นักศึกษาร่วมแลกเปลี่ยนเนื้อหาสาระนั้น เพื่อวางแผนการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมนำไปสู่ความพร้อมในการให้บริการ วิชาการ

2.3 ประเมินความรู้ให้นักศึกษาก่อนการบริการวิชาการ (Pre-test) และอาจารย์ประจำ กลุ่มนำเสนอร่างกิจกรรมการให้บริการวิชาการทั้ง 9 เรื่อง ในชั้นเรียนก่อนการนำไปใช้จริง เพื่อร่วมกัน พิจารณาถึงความถูกต้องของเนื้อ และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในโครงการบริการวิชาการ

2.4 นักศึกษาและอาจารย์ให้บริการวิชาการแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง อาสาสมัคร สาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่สนใจในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 59 คน ระยะเวลา ตั้งแต่ตุลาคม – ธันวาคม 2564 จำนวน 9 ครั้ง ในรูปแบบออนไลน์ โดยกำหนดให้นักศึกษาและอาจารย์ แต่ละกลุ่มเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ในเรื่องที่รับผิดชอบ อีกทั้งให้นักศึกษำบันทึกประเด็นการเรียนรู้ที่ได้ เพิ่มเติมจากการมีส่วนร่วมในการบริการวิชาการ รวมทั้งอาจารย์ประจำกลุ่มก็เป็นผู้ประเมินนักศึกษา เกี่ยวกับความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เตรียมมาและการคิด วิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา หรือเพื่อการสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายที่ดี

3. การประเมินผลโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการรายวิชาหลักการและเทคนิค การพยาบาล ดังนี้

3.1 อาจารย์ประจำกลุ่มวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาจากการสังเกต พฤติกรรม ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพ การถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการ พยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมที่ทั้ง 9 กลุ่มรับผิดชอบ

3.2 ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบริการวิชาการ โดยมีอาจารย์เป็นผู้สรุปสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์การบูรณาการ

3.3 นักศึกษาทำแบบทดสอบออนไลน์หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอน แบบบูรณาการ และประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยใช้โปรแกรมการจัดการเรียนการสอน แบบบูรณาการในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณหาค่าความถี่ และ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาล พื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนสอนแบบ บูรณาการ โดยใช้สถิติการทดสอบค่าที่สัมพันธ์ (Paired t-test)

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะ สุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี หมายเลขการรับรองการวิจัยที่ 2021/15 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง วัตถุประสงค์ในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมชี้แจงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ผ่านรูปแบบออนไลน์ ด้วยการสแกน QR code ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนสอนแบบบูรณาการ พบว่า ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 89.21 มีอายุเฉลี่ย 20 ปี และมีคะแนนเฉลี่ยสะสม (GPA) ชั้นปีที่ 1 ตลอดปีการศึกษา อยู่ในช่วง 2.24 - 3.69 และคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาล หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนสอนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนสอนแบบบูรณาการ (n=139)

รายการความรู้	ก่อน		หลัง		t-value	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
1) การดูแลเบื้องต้นเมื่อมีไข้ (Fever Care)	3.39	.39	5	.56	22.31	.00
2) การดูแลเสมหะ/การบริหารปอด (Respiratory Care)	3.00	.61	4.23	.56	21.74	.00
3) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (Wound Care)	3.11	.55	5	.62	21.18	.00
4) การล้างมือ 7 ขั้นตอนและการสวมหน้ากากอนามัย (Covid Care)	3.12	.86	5	.53	25.15	.00
5) การให้อาหารทางสายยาง (Nutrition Care)	2.86	.82	5	.62	25.37	.00
6) การใช้ยาสามัญประจำบ้าน (Home Remedies Care)	2.89	.42	4.5	.52	13.57	.00
7) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary Care)	2.17	.39	4.5	.56	24.32	.00
8) การทำความสะอาดช่องปากและฟัน (Mouth Care)	2.45	.64	4.11	.65	21.17	.00
9) การนวดหลังและการออกกำลังกายบนเตียง (Comfort Care)	3.11	.88	4.36	.66	22.31	.00
เฉลี่ยรวม	2.90	.86	4.63	.56	21.23	.00

* $p < .01$

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม พบว่า นักศึกษามีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.61) (S.D.= .58) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม (n=139)

รายการ	Mean	SD.	ระดับ
ด้านบรรยากาศการเรียนการสอน	4.49	.54	มาก
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน	4.62	.62	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	4.72	.58	มากที่สุด
รวม	4.61	.58	มากที่สุด

อภิปรายผล

1. คะแนนความรู้เรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมของนักศึกษาพยาบาลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการเรียนแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเป็นโปรแกรมที่ออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนร่วมกับการบริการวิชาการ ที่ต้องใช้ทักษะและความรู้ที่นอกเหนือจากการเรียนการสอนในชั้นเรียนมาปรับใช้ในการบริการวิชาการให้กับชุมชนอย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์ ซึ่งนักศึกษาต้องมีการสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ รวมทั้งมีการติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินสภาพปัญหา คัดวิเคราะห์เพื่อออกแบบการจัดบริการวิชาการให้เหมาะสมกับความต้องการในชุมชนร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม กระบวนการออกแบบและเตรียมเนื้อหาสาระที่จะนำไปใช้ นักศึกษาเป็นผู้แสวงหาองค์ความรู้จากแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้อง ร่วมแลกเปลี่ยน และคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยอาจารย์จะเป็นผู้สนับสนุน ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการจัดบริการวิชาการ รวมทั้งให้การช่วยเหลือและให้ความรู้ที่จำเป็นเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาที่พบ ทำให้นักศึกษาได้รับการพัฒนาและจนเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่เพิ่มขึ้นด้วยตนเอง และสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่การนำไปใช้ในการให้บริการวิชาการในสถานการณ์จริงที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบในชุมชน สอดคล้องกับ Phongsakchat, Ruangkit, Phuca & Charoenkiat (2022) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงโดยมีพื้นฐานหลักมาจากการผสมผสานความรู้ทางทฤษฎี การเชื่อมโยงความรู้จากรายวิชาที่เคยเรียนแล้วมาประยุกต์ใช้เข้ากับการฝึกด้วยการให้บริการวิชาการทำให้นักศึกษามีโอกาสพัฒนาความรู้ในวงกว้างและเชิงลึกไปพร้อมกับได้ทำความเข้าใจเนื้อหาสาระสำคัญจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการสร้างเสริมสุขภาพได้ และ Chaleoykitti, Bandansin, Kanglee & Kumpraw (2014) ที่กล่าวว่า การบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนรายวิชาการศึกษาทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยด้านการทำงานเป็นทีมและด้านการคิดวิเคราะห์อยู่ในระดับมาก และการเสริมทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลให้นักศึกษาช่วยเสริมสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพและเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวม โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านที่ได้คะแนนสูงสุดคือ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งเป็นผลจากการได้มีส่วนร่วมในการบริการวิชาการ โดยการได้นำความรู้ที่เรียนจากรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล และค้นคว้าเพิ่มเติมองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในโครงการบริการวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัย ด้วยการประยุกต์องค์ความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลด้วย 9 care นักศึกษาได้ทำ

หน้าที่ร่วมเป็นประเมินภาวะสุขภาพและเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ และได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นจากอาจารย์ เพื่อน และกลุ่มเป้าหมายในโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับ Suwankhiri, Chulamusi, & Tangkavanich, (2016) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมนั้นๆ โดยเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ ระดับความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมนั้น ๆ สามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้นได้ และสอดคล้องกับผลการประเมินเชิงคุณภาพที่ได้จากการถอดบทเรียนของนักศึกษา ดังข้อความ “หนูชื่นชอบกิจกรรมที่อาจารย์ได้จัดขึ้นในครั้งนี้มากคะ เป็นการสร้างคุณค่าให้หนู ด้วยความรู้ที่เรียนมา และที่ได้จากความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย หนูต้องฝึกฝนตัวเอง หาข้อมูล ยืนยันข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องกับอาจารย์ แล้วนำไปคิดว่าจะนำความรู้นั้นไปสอนเขาอย่างไรให้เขาได้รับประโยชน์มากที่สุด สิ่งเหล่านี้ช่วยให้หนูพัฒนาตัวเองขึ้น นำไปใช้ในการเรียนรู้ด้วยตนเองและการคิดเชื่อมโยงกับปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน และรู้สึกว่าการนี้ดีกว่าเดิมคะ”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัยการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้แก่นักศึกษาได้มากขึ้น จึงควรขยายผลการศึกษาในรายวิชาอื่นๆ โดยบูรณาการกับพันธกิจบริการวิชาการ เพื่อประสิทธิผลของการเรียนรู้แบบผสมผสานที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และเพิ่มทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้เกิดแก่นักศึกษาต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพทางการพยาบาล คุณลักษณะบัณฑิต และทักษะในศตวรรษที่ 21

รายการอ้างอิง

- Cheewakasaimsook, A. (2021). Health Assessment to Quality Nursing Diagnosis: Principles, Issues and Resolutions. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1). 38-46. (In Thai)
- Stout, K. (2019). *Nursing Documentation Made Incredibly Easy*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Hatthakij, U. and Chukamnerd, P. (2015). Factors related to nursing practice that combines Eastern wisdom. *Songklanakarin Journal of Nursing*, 35, 1-14. (In Thai)
- Suwankhiri, V., Chulamusi, O. & Tangkavanich, T. (2016). Learning management by using Scenario for nursing students. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(2), 1-14. (In Thai)
- Thanaroj, S., Surmak, W., Kerdthong, W., & Chantira, R. (2021). Development of Instructional Package on Holistic Nursing Practice using Simulation-Based Learning for Nursing students. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, 8(2), 84-107. (In Thai)

- Rakthai, D., Cheeprasop, N., & Kanyook, P. (2010). *The opinion of the first nursing students in Trang Borommarajonani Nursing College and customers to food and health training course by social academic service*. Trang Borommarajonani Nursing College. (In Thai)
- Turner, K., Boonprasithi, T., & Pinyomit, S. (2010). Effects of an integrating academic service project into English course for nursing students. *Journal of Nursing and education*, 3(2), 28–43.
- Sandle, K. (2005). Service learning research at Ohio University. Retrieve from <http://www.ohiou.edu/commserv/>
- Office of the Higher Education Commission. (2003). *National education act B.E. 2542 (1999) and amendments (second national education act B.E. 2545 (2002)*. Bangkok: Pimdeekarnpim co. Ltd. (in Thai)
- Vygotsky, L.S. (1987). *Instructional Implication, and Applications of Social Stoical Psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Thorndile, E.L., & Woodworth, R.S. (1901). The Influence of Improvement in One Mental Function upon the Efficacy of other Functions. *Psychological Review*. 8, 247-261.
- Timsuwan, B., & Sunsern, R. (2012). Integration: Paradigm in educational quality assurance. *Journal of Nursing and Education*, 5(2), 2–13.
- Chaleoykitti, S., Bandansin, J., Kanglee, K., & Kumpraw, P. (2014). The study of academic services integration with teaching and learning of general education for human development course on volunteer and happiness of study among 1st year Nursing students of the Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 421–429.
- Phongsakchat, P., Ruangkit, P., Phuca, W. & Charoenkiat, A. (2022). Development of an Integrated Instructional Model to Enhance Health Promotion Competencies of Older Persons Among Nursing Students: A Case Study of a Practicum on Older Persons with Mental Health Problem in Community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 36(1), 148-170.
- Kajonpanyapaisal, K. (2013). Integrated research also academic social service of the Teacher professional development subject in Faculty of Liberal Art and Science, Kalasin RajabhatUniversity. *Graduate Studies Journal*, (51), 1-8.

การศึกษาภาระงานเพื่อกำหนดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่

จรรยาผล แสงสิริไพบูลย์, โรงพยาบาลกระบี่, e-mail: jodai2007@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วยโดยรวมของผู้ป่วยทุกประเภท ในหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ ที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาล ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการ และอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ และแบบบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงและกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม .66-1.00 มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า

1) ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยต่อรายเฉลี่ย 4.98 ชั่วโมงต่อรายต่อวัน

2) อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาลตามสูตรการคำนวณของกองการพยาบาลเท่ากับ 54 คน และตามกรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรจะมีเท่ากับ 18 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 11 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 7 คน

3) เมื่อเปรียบเทียบอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ตามความต้องการการพยาบาล ระหว่างสูตรการคำนวณ ของกองการพยาบาล กับกรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีความแตกต่างกัน

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาล ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้น กลุ่มการพยาบาล ควรวางแผนการจัดอัตรากำลัง และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับภาระงานในแต่ละแผนก

คำสำคัญ: ภาระงาน, อัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์, ความต้องการทางการแพทย์ของผู้ป่วย

A Study of the Workload for Nursing Personnel in the Nursing Department, Kra Buri Hospital

Jaroonpol Saengsiripaibool, Kra Buri Hospital, e-mail: jodai2007@hotmail.com

Abstract

The objective of this descriptive research was to study the total amount of the patients' nursing care needs among all types of patients in the Nursing Department, Kra Buri Hospital, Ranong Province, Thailand. This study used direct and non-direct nursing practices and determined the number of nursing personnel that should be available based on the nursing care needs. The total population of the study comprised the registered nurses and staff in the Nursing Department (N=48). The research instruments were composed of a service record from the nursing personnel and direct and non-direct nursing practice record form of each patient type. The instruments were validated by three experts. The item-objective congruence (IOC) index was 0.66-1.00. The consistency index was equal to .93 The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation.

The results of this research were as follows: 1) The average of the nursing needs was 4.98 hours/patient/day. 2) The nursing personnel capacity based on the nursing care needs was 54 nursing staff according to the Nursing Department's formula and consisted of 18 nursing staff, but also included 11 professional nurses and seven nurses aides according to the human resource framework of a community hospital of the Ministry of Public Health, Thailand. 3) In comparing the nursing staffing levels according to the nursing needs, the calculation formula of the Nursing Department and framework of the administration structure of a community hospital of the Ministry of Public Health showed no difference.

The results of this study indicated that there was an imbalance between the number of nursing personnel that should be available based on the nursing care needs and the human resource framework according to the administrative structure of community hospitals. Therefore, the Nursing Department should plan for human resource management and assign tasks to suit the workload in each division.

Keywords: workload, nursing personnel, patients' nursing care needs

บทนำ

ปัญหาสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมา สภาพสังคมที่มีผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุมากขึ้น กลุ่มนี้ต้องการการดูแล และการดูแลระยะยาว ดูแลที่บ้านมากกว่าการรักษา ร่วมกับปัญหาสุขภาพใหม่ที่เกิดขึ้นได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เรากำลังเผชิญอยู่คือภาวะวิกฤติสุขภาพกับโรคโควิด 19 ซึ่งถือเป็นความท้าทายครั้งใหญ่ของมนุษยชาติ รวมถึงประเทศไทยด้วย เพราะโรคระบาดที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้คนในทุกด้านอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน วิกฤติ COVID-19 ส่งผลกระทบที่ใหญ่มากเพราะเป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นทั่วโลก มีทั้งผลกระทบด้านลบและด้านบวกที่มองเห็นได้ เริ่มจากผลกระทบด้านลบคือผลกระทบด้านสุขภาพ มีประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และบุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักมากขึ้น ผลกระทบเชิงบวกทำให้เราเห็นศักยภาพของระบบสาธารณสุขไทยว่ามีความพร้อมกับการตั้งรับทำงานเชิงรุกและการควบคุมการระบาด (Dhanakijcharoen, 2021) กำลังคนด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในส่วนของวิชาชีพพยาบาล ความต้องการอัตราากำลังพยาบาลในอนาคตจะมากขึ้นตามสภาพสังคม แต่ปัจจุบันยังเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนพยาบาลเป็นผลจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ไม่สามารถรักษาพยาบาลไว้ในระบบบริการสุขภาพได้ พยาบาลรุ่นใหม่ออกจากวิชาชีพเร็วขึ้น การกระจายพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการยังไม่ดีพอ มีการกระจุกตัว บางพื้นที่ขาดอัตรากำลังอย่างรุนแรง บางพื้นที่มีกำลังคนเหลือ การใช้ประโยชน์จากพยาบาลไม่เต็มศักยภาพ มอบหมายงานอย่างอื่นให้พยาบาลทำ จนกระทบหน้าที่หลัก (Sawaengdee, 2022) การกระจายอัตรากำลังพยาบาลที่ดี น่าจะช่วยดำรงวิชาชีพพยาบาลไว้ในระบบให้นานขึ้น

จากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐบาลได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพและปรับเปลี่ยนระบบการบริหารงบประมาณภาครัฐที่มุ่งเน้นผลผลิตและผลลัพธ์ของงาน (Performance Base Budgets) ส่งผลให้การบริหารงบประมาณของสถานบริการสุขภาพมุ่งสู่การจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งกระแสด้านพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้มีการปรับปรุงแนวคิดและกระบวนการ ในการบริหารการพยาบาลการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาลเป็นเรื่องที่ผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับต้องเข้าใจหลักการและแนวทางเพื่อให้สามารถจัดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานเพื่อให้ตอบสนองเป้าหมายการให้บริการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน กองการพยาบาลมีมาตรฐานการจัดอัตรากำลังซึ่งถือเป็นความรับผิดชอบและหน้าที่หลักของผู้บริหารการพยาบาลที่จะต้องดำเนินการจัดหาและจัดสรรให้มีบุคลากรทางการพยาบาลเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่จะให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ สามารถตอบสนองเป้าหมายหรือพันธกิจขององค์กรได้ โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้มีการกระจายของอัตรากำลังที่หน่วยงานมีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลารวมทั้งเพื่อจัดให้มีสัดส่วน ผสมผสานอัตรากำลังทางการพยาบาลแต่ละประเภทให้เหมาะสมเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการพยาบาล ซึ่งผู้นำทางการพยาบาลหลายท่านได้ให้ความเห็นว่า คุณภาพของการพยาบาลจะสูงสุดเมื่อปริมาณงานและจำนวนบุคลากรมีความสมดุลกัน (Nursing Division, 1996) ซึ่งผลกระทบของการที่บุคลากรทางการพยาบาลมีภาระงานเกิน จะส่งผลให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้า เกิดความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในการให้การพยาบาลผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพบริการการพยาบาล บุคลากรเกิดการโยกย้าย ลาออกหรือเปลี่ยนอาชีพ และอาจส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนอัตราอัตรากำลังทางการพยาบาล สูญเสียเวลาและทรัพยากรในการสรรหาบุคลากรทดแทน

โรงพยาบาลกระบือเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในพื้นที่อำเภอกระบือ ซึ่งเป็นอำเภอแนวตะเข็บชายแดน มีประชากรในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบทั้งไทยและต่างด้าว โดยมีประชากรไทยจำนวน 48,302 คน ประชากรต่างด้าวจำนวน 42,252 คน มีผู้เข้ารับบริการในปี 2562, 2563 และ 2564 เป็น 89,539 , 74,466 และ 109,727 ครั้ง ตามลำดับโดยแยกเป็นประชากรไทยจำนวน 89,539, 74,466, 109,727 ครั้ง และเป็นประชากรพม่าจำนวน 7,416, 9,583, 7,103 ครั้งตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 320.11 คน/วัน และมีผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ในปี 2562, 2563 และ 2564 เป็น 89,539 , 74,466 และ 109,727 ครั้งตามลำดับ โดยแยกเป็นประชากรไทยจำนวน 2,581, 2,166, 1,993 ครั้งและเป็นประชากรพม่าจำนวน 774, 540, 609 ครั้งตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2565 อัตราการครองเตียง 129.03 (Medical Information Work Kraburi Hospital, 2022) ปัจจุบันเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกระบือมีจำนวน 168 คน บุคลากรของกลุ่มการพยาบาลทั้งหมดจำนวน 55 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 35 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 8 คน (Medical Information Work Kraburi Hospital, 2022) นอกจากปัญหาสุขภาพใหม่ที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลกระบือต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจากแรงงานต่างด้าวและผู้อพยพข้ามพรมแดนส่งผลให้การบริหารอัตรากำลังของกลุ่มงานการพยาบาลเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก จากการวิเคราะห์ภาระงานของงานมาตรฐานการพยาบาล พบว่าหากภาระงานเกินเกณฑ์ แสดงให้เห็นถึงปริมาณงานและจำนวนบุคลากรไม่สมดุลกัน อาจจะมีผลให้คุณภาพการพยาบาลลดน้อยลงได้ หากโรงพยาบาลขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น อัตราการตายในโรงพยาบาลสูงขึ้นและระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Srisatidnarukul, 2010) ส่งผลให้ผู้บริหารต้องทบทวนภาระงานอย่างจริงจังจึงเพื่อให้เกิดการบริหารอัตรากำลังทั้งการดำเนินการจัดหาและจัดสรรให้มีบุคลากรทางการพยาบาลเพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่จะให้บริการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ สามารถตอบสนองเป้าหมายหรือพันธกิจขององค์กรได้

ผู้วิจัยปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบือจึงต้องการศึกษาและวิเคราะห์ภาระงานของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มการพยาบาลทั้งหมด เพื่อให้มีการกระจายของอัตรากำลังที่หน่วยงานมีอยู่ให้เหมาะสมกับปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลารวมทั้งเพื่อจัดให้มีสัดส่วน ผสมผสานอัตรากำลังทางการพยาบาลแต่ละประเภทให้เหมาะสมเพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการการพยาบาล เพื่อให้การบริหารจัดการอัตรากำลังในภาพรวมของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบือเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมของผู้ป่วยทุกประเภท ในหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบือ
2. เพื่อวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรของกลุ่มการพยาบาลทั้งหมดจำนวน 48 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 35 คน (รวมหัวหน้าพยาบาล) พยาบาลเทคนิค 1 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของกองการพยาบาล (Nursing Division, 1996) ทั้งการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการจำแนกกิจกรรมการพยาบาลแต่ละประเภท ภายใต้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ของกลุ่มการพยาบาล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการ และอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และ 2) กิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงของผู้ป่วยแต่ละประเภท ได้แก่ การเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ การพยาบาล การเตรียมเอกสาร การดูแลสิ่งแวดล้อม และการนัดหมาย เป็นต้น โดยรวบรวมเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานจริง ตามตำแหน่งหน้าที่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลการให้บริการ และอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล และแบบบันทึกเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ผ่านการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม .66-1.00 และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง(Inter-Rater Reliability) เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงาน และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่บุคลากรทางการพยาบาล ในทุกแผนกของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกระบี่
2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามการปฏิบัติงานจริงทุกขั้นตอนในแต่ละแผนกเป็นเวลา 4 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน ตลอดระยะเวลาปฏิบัติงานในแต่ละเวร โดยไม่มีการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างเตรียมตัวล่วงหน้า ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์และจับเวลาการทำงานของเจ้าหน้าที่พร้อมบันทึกผลการจับเวลาไว้ โดยในแต่ละกิจกรรมต้องทำซ้ำประมาณ 2-3 ครั้งในเวลาที่ต่างกัน
3. ผู้วิจัยดำเนินการติดตามเก็บรวบรวมการทำกิจกรรมการพยาบาลเป็นเวลานาน 1 เดือน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปจัดเก็บและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Excel

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้การรับรองเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2565 เลขที่โครงการ COA_PHRN 016/2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย รวมไปถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปริมาณความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยรวมของผู้ป่วยทุกประเภท ใน

หน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อัตราค่าจ้างของบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาล โดยใช้สูตรกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สูตร 4 เปรียบเทียบกับสูตรตามกรอบอัตราค่าจ้างตาม โครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. สูตรกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สูตร 4

อัตราค่าจ้างทางการพยาบาลที่ต้องการ (ไม่รวมอัตราค่าจ้างทดแทนที่ไม่ได้งาน)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน} \times \text{ชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยเฉลี่ย/ราย}}{\text{จำนวนชั่วโมงการทำงานของเจ้าหน้าที่ใน 1 วัน}}$$

2. สูตรตามกรอบอัตราค่าจ้างตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

$$2.1 \text{ อัตราค่าจ้างสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/วัน} \times 0.22}{7}$$

$$2.2 \text{ อัตราค่าจ้างสำหรับพนักงานผู้ช่วยทางการพยาบาล} = \text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพ} \times 0.6$$

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 96 อายุเฉลี่ย 42.10 ± 12.31 ปี

ตารางที่ 1 ปริมาณเวลา (นาท) ที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยต่อราย

แผนกผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาล โดยตรง (นาท)		กิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรม การพยาบาลโดยตรง (นาท)		ปริมาณเวลารวมที่ใช้แต่ละราย (นาท)	
	Mean	SD.	Mean	SD.	Mean	SD.
ผู้ป่วยนอก	17.32	4.90	10.35	2.07	27.72	2.98
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	55.40	1.19	29.42	3.29	85.10	1.78
แผนกห้องคลอด	26.13	1.59	23.63	0.98	50.68	.67
แผนกผู้ป่วยใน	147.0	1.60	82.22	7.49	229.22	6.13
รวม	61.50	2.32	36.40	3.46	98.20	2.89

จากตารางที่ 1 พบว่าปริมาณความต้องการทางการพยาบาลแต่ละรายโดยรวมของผู้ป่วยทุกประเภท ในหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ เท่ากับ 98.20 นาท (SD.=2.89) โดย เวลาที่ใช้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เท่ากับ 61.50 นาท (SD.=2.32) และกิจกรรมที่ นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เท่ากับ 36.40 นาท (SD.=3.46) เมื่อจำแนกรายแผนก พบว่า ชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกระบี่ ในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด (Mean=229.22, SD.=1.60) รองลงมาเป็นแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Mean=85.10, SD.=1.78) แผนกห้อง คลอด (Mean=50.68, SD.=.67) และผู้ป่วยนอก (Mean=27.27, SD.=2.98) ตามลำดับ

เปรียบเทียบผลการคำนวณอัตราค่าจ้างโดยใช้ของกองการพยาบาลสูตร 4 กับกรอบอัตราค่าจ้าง ตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในแต่ละวัน ที่ได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีความแตกต่างกัน โดยกรอบอัตรากำลังตามสูตรกองการพยาบาล สูตร 4 เท่ากับ 54 และกรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหาร ของโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 18 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรมีทั้งหมด ตามสูตรการจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาลสูตร 4 กับกรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในแต่ละวัน ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

การจัดอัตรากำลัง	พยาบาลวิชาชีพ	พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย	รวม
สูตรกองการพยาบาล สูตร 4	41	13	54
กรอบอัตรากำลังตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข	11	7	18

เมื่อเปรียบเทียบอัตรากำลังทางการพยาบาลที่มีอยู่จริงในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ รวมทั้งหมด 48 คน กับอัตรากำลังทางการพยาบาลที่ต้องการตามการคำนวณตามสูตรการจัดอัตรากำลังของกองการพยาบาลสูตร 4 ได้เท่ากับ 54 คน ซึ่งพบว่ามีส่วนต่างที่ต้องการอัตรากำลังทางการพยาบาลเพิ่มถึง 6 คน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตรากำลังทางการพยาบาลที่มีอยู่จริงกับอัตรากำลังทางการพยาบาลที่ต้องการ

อัตรากำลังทางการพยาบาลที่มีอยู่จริง			อัตรากำลังทางการพยาบาลที่ต้องการ	ส่วนต่างอัตรากำลัง
RN	Non-RN	รวม		
35	13	48	54	6

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาปริมาณความต้องการการพยาบาล โดยรวมทุกประเภทผู้ป่วย ในทุกหน่วยงานของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่พบว่า ปริมาณเวลาที่บุคลากรทางการพยาบาลใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง และกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยต่อรายเฉลี่ย 98.20 นาทีต่อรายต่อวัน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ด้วยศักยภาพในการดูแลรักษาทำให้สามารถรับดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อย และหากผู้ป่วยมีความรุนแรงมากจะส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลระนอง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์เป็นลำดับถัดไป โดยเวลาที่ใช้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เท่ากับ 61.50 นาที และกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง เท่ากับ 36.40 นาที เมื่อจำแนกรายแผนก พบว่าชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกระบี่ ในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุด รองลงมาเป็น แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกห้องคลอด และผู้ป่วยนอก ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawaengdee et al (2015) พบว่าการกระจายภาระงานของแผนกต่าง ๆ จำแนกตามระดับโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีภาระงานผู้ป่วยในประมาณครึ่งหนึ่งเมื่อเทียบกับภาระงานบริการผู้ป่วยอื่น ๆ และพบว่าชั่วโมงการพยาบาลของบุคลากรทางการพยาบาลของโรงพยาบาลกระบี่ในแผนกผู้ป่วยในที่มากที่สุด 229.22 นาที (3.81 ชั่วโมง) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawaengdee et al (2015) พบว่าภาระงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ 3.55 ชั่วโมง

การกระจายปริมาณงานในแต่ละช่วงเวลา (Workload Distribution) พบว่ากิจกรรมการพยาบาลในเวรเช้ามากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaemsuda, Sriwatcharakul and Eaksatra (2012) เนื่องจากเวรเช้าเป็นเวรที่มีกิจกรรมการรักษายาบาลเกิดขึ้นหลายอย่าง เพราะเป็นเวรที่อยู่ในเวลาราชการ จึงมีการติดต่อระหว่างหน่วยงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจ/ส่งปรึกษา/ส่งต่อเพื่อการรักษาอื่น ๆ ส่วนเวรบ่ายและเวรดึก ซึ่งเป็นช่วงเวลานอกเวลาราชการ ประกอบกับส่วนใหญ่เป็นเวลาพักผ่อนของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลโดยตรงน้อยกว่า

2. ผลการวิเคราะห์อัตราค่าจ้างบุคลากรทางการ พยาบาลที่ควรจะมีตามความต้องการการพยาบาล พบว่า จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลที่ควรมีทั้งหมด ตามสูตรการจัดอัตราค่าจ้างของกองการพยาบาลสูตร 4 กับกรอบอัตราค่าจ้างตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในแต่ละวัน ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าแตกต่างกัน เนื่องจากสูตรการจัดอัตราค่าจ้างของกองการพยาบาลสูตร 4 ขึ้นอยู่กับชั่วโมงการพยาบาลผู้ป่วยเฉลี่ย/ราย ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความซับซ้อน อีกทั้งความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้น จากปัจจัยต่างๆ เช่น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้แบบแผนของความเจ็บป่วยประชาชนเปลี่ยนเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง การเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนมีความรู้และความต้องการบริการที่มีคุณภาพ มีมาตรฐานมากขึ้น นอกจากนี้ความเป็นโลกาภิวัตน์ ทำให้สังคมโลกแคลงความมีอิสระในการเคลื่อนย้ายทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทางการแพทย์ระหว่างประเทศมีมากขึ้น และในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาองค์กรพยาบาลของโรงพยาบาลทุกระดับ ต้องบริหารอัตราค่าจ้างพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและผู้สงสัยติดเชื้อ COVID-19 โดยต้องคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ศักยภาพของพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วยและพยาบาลเป็นสำคัญ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (Nursing Division, 2020) รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันโรค ถึงแม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขจะประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นแต่พยาบาลยังคงต้องเฝ้าระวังและให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ความต้องการการพยาบาลผู้ป่วยเฉลี่ย/รายจึงเพิ่มขึ้นไปด้วย และการใช้สูตรการจัดอัตราค่าจ้างของกองการพยาบาลสูตร 4 กับกรอบอัตราค่าจ้างตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลในแต่ละวันในการศึกษาค้นคว้าที่ศึกษาในทุกแผนกของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ให้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ Banjongsil (2018) เมื่อเปรียบเทียบอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการพยาบาลตามความต้องการการพยาบาล ระหว่างสูตรการคำนวณของกองการพยาบาล กับกรอบอัตราค่าจ้างตามโครงสร้างการบริหารของโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากการเป็นนักศึกษาเพียงแผนกเดียว เมื่อเปรียบเทียบอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลที่มีอยู่จริงในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่กับอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลที่ต้องการตามการคำนวณตามสูตรการจัดอัตราค่าจ้างของกองการพยาบาลสูตร 4 พบว่ามีส่วนต่างที่ต้องการอัตราค่าจ้างทางการพยาบาลเพิ่มถึง 6 คน แตกต่างกับการศึกษาของ Sawaengdee et al (2015) กล่าวว่าถึงแม้ว่ามีโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งที่มีปริมาณพยาบาลกับภาระงานไม่สอดคล้องกัน ทั้งมากกว่าและน้อยกว่า แต่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีอัตราค่าจ้างเพียงพอกับภาระงาน และยังมีโอกาสพัฒนาระบบบริหารอัตราค่าจ้างให้สอดคล้องกับภาระงาน รวมทั้งหากการบริหารจัดการในเขตบริการสุขภาพที่มุ่งบริหารทรัพยากรร่วม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ นำข้อมูลความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภทมาใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการจัดอัตรากำลัง และมอบหมายงานให้เหมาะสมกับภาระงานในแต่ละแผนก

2. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ นำผลการศึกษารอบอัตรากำลังไปใช้ในการวางแผนและบริหารจัดการบุคลากรเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการกระจายบุคลากรแต่อย่างใดก็ตามกรอบอัตรากำลังในอนาคตควรมีความยืดหยุ่น สามารถปรับได้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของงานและพื้นที่ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาและทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย เวลามาตรฐานของงานแต่ละประเภทเป็นระยะ อาจทุก 2-4 ปี เพื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานจริงตามองค์ความรู้ และเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาล และสภาวะโรคที่เปลี่ยนไป

2. ควรศึกษาพัฒนาระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยให้ทุกหน่วยงานเข้าใจตรงกัน และหาความเชื่อมั่นของการจำแนกเพื่อให้การคำนวณผลผลิตทางการพยาบาลมีความถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- Banjongsil, R. (2018). Staffing Based on Nursing Care Needs in Out-patient Unit of Nakhonchai Hospital, Nakhon Pathom Region 4-5, Medical Journal. 37(2): 136-146.
- Dhanakijcharoen, P. (2021). Talk by heart 'COVID-19', an early warning that the future is catching you, No more time left for vulnerable community. [online]. available from; <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2242>. [accessed 29 October 2022].
- Nursing division. (1996). Role and responsibilities of nursing staff in hospital. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).
- Nursing division. (2020). Nursing staffing in COVID-19 situation. [online]. available from; <https://www.hfocus.org/content/2020/03/18789>. [accessed 29 October 2022].
- Nursing office. (2004). Classification of patients In Patient Department. Bangkok: Express Transportation Organization of Thailand.
- Sawaengdee, K. et al. (2015). Analyses of Workload and Productivity of 12 Public Hospital Nurses in Region 2 of Thailand. Journal of Health Science, 24(4): 741-750.
- Srisatidnarukul, B. (2010). Nursing management. Chonburi: Department of research evaluation and nursing administration, Faculty of nursing, Srinakharinwirot University. (in Thai).
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2021). Hospital and Healthcare Standards 5th edition. Nonthaburi: A. Printing Tien Kuang company Ltd.

- Warstler, M.E. (1972). Some management technique for nursing service administrators: Staffing. *The Journal of Nursing Administration*, 2(2): 25-32.
- Yaemsuda, T., Sriwatcharakul, S. and Eaksatra, K. (2012). Staffing of Nursing Personnel Based on Nursing Care Needs in In-Patient Unit: hospital under the Jurisdiction of the Naval Medical Department. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* Volume,13(3): 72-80.

**ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว
ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19
ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย**

กิตติยา รัตนมณี, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; Ratkittiya@gmail.com

พิพัฒน์ นุ่นด้วง, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; 621501079@bcnsurat.ac.th

สุวรินทร์ ทิคุณ, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; 621501129@bcnsurat.ac.th

ไพลิน สัญญากิจ, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; 621501083@bcnsurat.ac.th

ปณิธิตา พรหมเสนะ, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; 621501067@bcnsurat.ac.th

พัทธนันท์ สอนสวัสดิ์, นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี,
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; 621501077@bcnsurat.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 (2 ม การสวมหน้ากาก การล้างมือ 2 ว เว้นระยะห่าง วัคซีน) ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษา 19 ปี กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 46 คนเป็นเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย เก็บรวบรวมข้อมูลแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบจากความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำโปรแกรมไปศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 กับ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนความรู้สูงกว่าการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean= 17.35, SD. = 2.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean= 4.61, SD. = .35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 เช่นกัน

จากผลการวิจัยพบว่าเมื่อมีการจัดโปรแกรมให้นักเรียนในการทำกิจกรรมอย่างมีแบบแผนนักเรียนสามารถมีการพฤติกรรมป้องกันการเกิดโควิด-19 ได้ ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มนักเรียนในช่วงวัยอื่นๆ และกลุ่มโรคติดต่อที่สามารถติดต่อได้ในระบบทางเดินหายใจเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรค

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, โควิด-19, เด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

The Effect of the Self-efficacy and 2M2V Program on Knowledge and Self-efficacy in Prevention of COVID-19 among Upper Primary School Students

Kittiya Rattanamanee, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok, e-mail; Ratkittiya@gmail.com

Pipat Noonduang, Student of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of
Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; 621501079@bcnsurat.ac.th

Suwanan thitlun, Student of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok, e-mail; 621501129@bcnsurat.ac.th

Phailin Sanyakit, Student of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok, e-mail; 621501083@bcnsurat.ac.th

Punthita Promsena, Student of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of
Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; 621501067@bcnsurat.ac.th

Phattanan Sonsawat, Student of Nursing, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of
Nursing, Praboromarajchanok, e-mail; 621501077@bcnsurat.ac.th

Abstract:

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of the self-efficacy and 2M2V program (wearing masks, washing hands, distancing, vaccination) on knowledge and self-efficacy in prevention of COVID-19 among upper primary school students. The sample consisted of 46 upper primary school students who were recruited using simple random sampling. Data were collected from one group before and after receiving the 4 week program. Research instruments were 1) the self-efficacy and 2M2V program, and 2) data collection instruments, including knowledge and self-efficacy in prevention of COVID-19 questionnaires that were reviewed for content validity by three experts and pilot tested with 10 participants, yielding Cronbach's alphas of .83 and .86 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Wilcoxon sign rank test. Results showed that knowledge score was higher than before receiving the program (Mean = 17.35, SD. = 2.70) with statistical significance at $<.05$. Self-efficacy score was also higher than before receiving the program (Mean= 4.61, SD. = .35) with statistical significance at $<.05$.

From the findings, the systematic activities of the program promoted the ability of students to prevent COVID-19. Therefore, this program should be implemented with students of other age ranges and other infectious respiratory diseases to reduce the incidence of diseases.

Keyword: Self-efficacy, COVID-19, Upper Primary School Students

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดการแพร่ระบาดในปี ค.ศ. 2019 จากประเทศจีน และแพร่กระจายไปทั่วโลกในระยะเวลาอันรวดเร็ว สาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Novel coronavirus 2019) และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ (Kriangburapa, 2020) ต่อมาได้มีการวิเคราะห์พันธุกรรมของเชื้อไวรัสให้ชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) SARS-CoV-2 (Kriangburapa, 2020) จากรายงานสถานการณ์การเกิดโควิด-19 ของกองระบาดวิทยา และ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ยอดผู้ป่วยยืนยันโควิด-19 ทั่วโลกมีจำนวน 246,951,274 ราย (คิดเป็น 3,163 รายต่อแสนประชากร หรือ ร้อยละ 3 ของประชากรโลก) เสียชีวิต 5,004,855 ราย (คิดเป็น 64 รายต่อแสน ประชากร) (10) อัตราป่วยตายอยู่ที่ 2.03% มีประเทศที่พบผู้ติดเชื้อแล้ว 188 ประเทศ จาก 193 ประเทศทั่วโลก (97%) (Division of Communicable Disease Control, 2021)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาเป็นอย่างมาก องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) รายงานว่าเด็กนักเรียนจำนวนกว่า 1.57 พันล้านคน จากกว่า 188 ประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 91.3 ของผู้เรียน จากทั่วโลก ต้องพักการเรียนจากการประกาศปิดสถานศึกษาทั่วประเทศ โรงเรียนต้องออกมาตรการป้องกันหรือการปรับการเรียนการสอนในรูปแบบต่างๆ รวมถึงนักเรียนในประเทศไทยจำนวน 13 ล้านคน ตั้งแต่ระดับปฐมวัยไปจนถึงอุดมศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กถือเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ได้อย่างรวดเร็ว (Kriangburapa, 2020) และจากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีการเปิดประเทศและกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการได้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนและการสอบเพื่อให้นักเรียนและนักศึกษาสามารถเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาได้มากที่สุดได้ ทบทวนและพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาตามมาตรการเพื่อให้เปิดเรียนจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน(Department of Health, 2022) จากการที่เด็กนักเรียนออนไลน์ที่บ้านกลับมาเรียนหนังสือในโรงเรียนทำให้อัตราการเกิดโควิด-19 ในโรงเรียนเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์ภาพรวมของประเทศตั้งแต่เปิดเทอมช่วงวันแรกๆ มีรายงานการติดเชื้อมากขึ้นพบจำนวนเด็กที่มีการติดเชื้อประมาณ เกือบ 200 คนต่อวัน จากรายงานผู้ติดเชื้อพบว่าก่อนวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ.2565 มีการติดเชื้อไม่ถึงหนึ่งร้อยคนต่อวัน เมื่อประมาณปลายเดือนมิถุนายน พ.ศ.2565 ขึ้นมาเป็นหลักร้อยคนต่อวัน และพุ่งขึ้นมาเป็นเกือบ 200 คนต่อวัน ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2565 ที่ผ่านมา ซึ่งจะเห็นได้ว่าเด็กติดเชื้อกันมากขึ้นเป็น 2 เท่าต่อวัน ซึ่งการเกิดโรคโควิด-19 ในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิตได้ (Sricharoenwijit, 2021)

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง(Self-Efficacy) ของแบนดูรา(Bandura, 1977, 1982) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าความคาดหวังความเชื่อในความสามารถของตนเองจะนำไปสู่การเผชิญปัญหาทำให้เกิดความพยายามและความสำเร็จในการทำสิ่งต่างๆ (Bandura, 1982) ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมาจากการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองทั้งหมด 4 วิธี คือ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น(Vicarious experience) 3) การใช้ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) (Bandura, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการป้องกันการเกิดโควิด-19 ประกอบด้วยการใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ

การฉีดวัคซีนและการเว้นระยะห่าง (Department of Health, 2020; Hill, 2020; Milstone, 2022) ผู้วิจัยได้นำความรู้มาประยุกต์ใช้เป็นหลักการ 2 ม 2 ว ประกอบด้วย 2 ม ได้แก่ ม แผล คือ การใส่และการทึงหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ม มือ คือ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และหลักการ 2 ว ได้แก่ ว วรรค คือ การเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน ว วัคซีน คือ การฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน การดูแลตนเองหลังฉีดวัคซีน

โรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อเด็ก ซึ่งวัยเด็กยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองประสบการณ์ต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เด็กติดเชื้อโควิด-19 จึงเป็นสิ่งสำคัญ (Bhusin, Namboonsri, & Phupradi, 2022) ในสภาพปัจจุบันเด็กวัยเรียนต้องออกมาเรียนที่โรงเรียนตามปกติส่งผลให้เด็กมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้สูงขึ้นหากเด็กไม่สามารถดูแลตนเองหรือมีการป้องกันที่ดีทำให้เกิดการระบาด ติดเชื้อในวงกว้างได้ส่งผลกระทบต่อเด็กต้องหยุดเรียน เสียค่าใช้จ่ายหรือบางรายอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ ดังนั้นการทำให้เด็กวัยเรียนเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมในการดูแลป้องกันการเกิดโควิด-19 จะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดโควิด-19 พยาบาลมีบทบาทในการป้องกันโควิด-19 ในกลุ่มเด็ก โดยการสอนให้เด็กสวมหน้ากากอนามัย อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้ดี ล้างมือให้สะอาด การได้รับวัคซีน (Bhusin, Namboonsri, & Phupradi, 2022) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การแพร่กระจาย เชื้อนำไปสู่การขาดเรียน การส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลาย

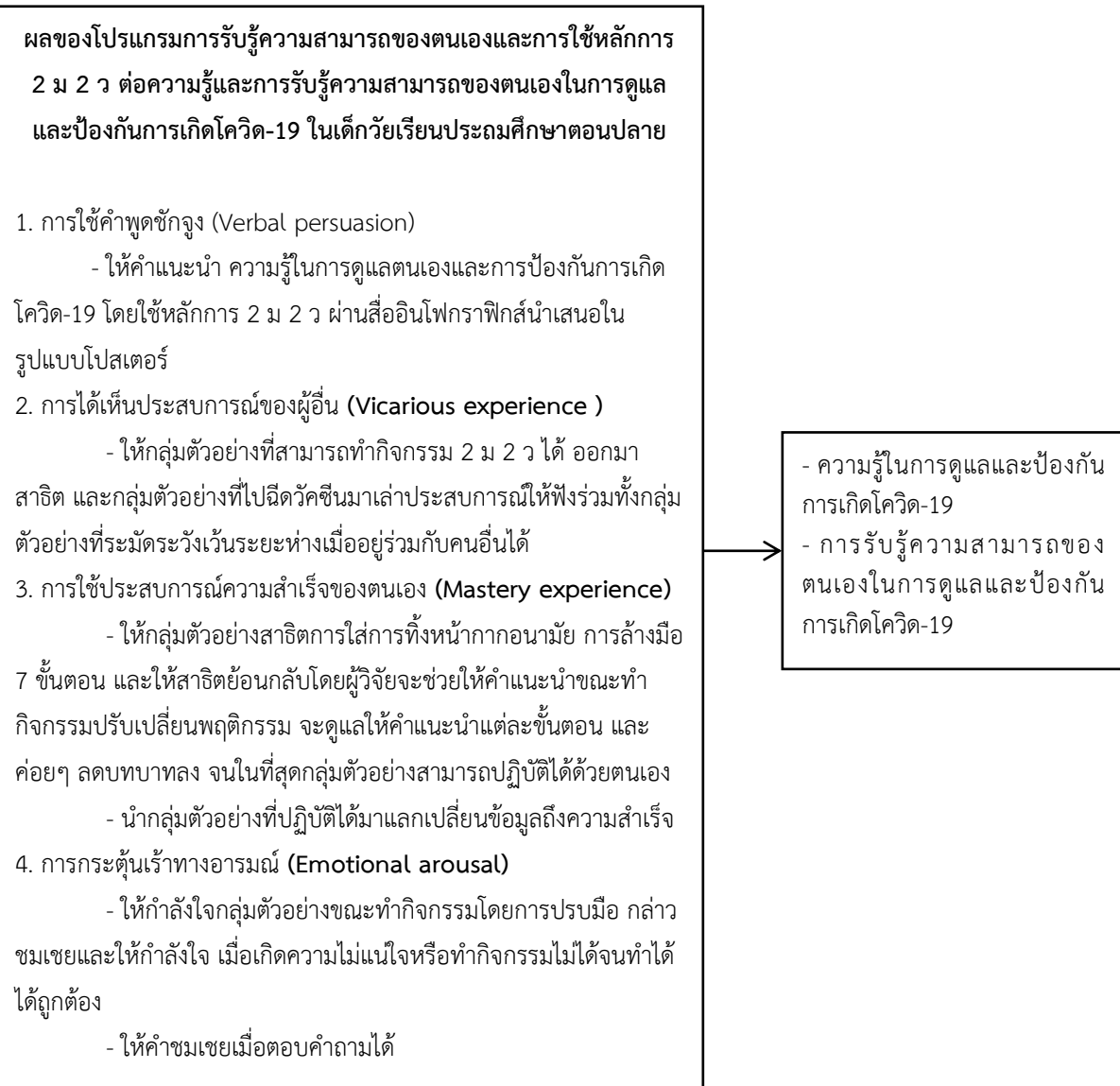
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลายหลังจากการได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา(Bandura, 1977, 1982) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการดูแลตนเองในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งเป็นความมั่นใจของ

บุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในด้านการรับรู้สมรรถนะในตนเองนี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองในช่วงสถานการณ์โควิด-19 การเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ให้ปลอดภัยจากโควิด-19 และความพยายามที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้สมรรถนะในตนเองเป็นตัวกำหนด การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมใดๆ บุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้น ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยผ่านสื่ออินโฟกราฟิกส์ (Infographics) แบบภาพนิ่ง (Static Infographics) ในรูปแบบโปสเตอร์ประกอบด้วยเนื้อหาที่มีการนำเสนอข้อมูลอย่างครอบคลุม ทั้งการให้ข้อมูลทั่วไป การให้ความรู้วิธีการปฏิบัติ (Kearfug & Kaewurai, 2021) ในการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ประกอบด้วย 2 ม ได้แก่ ม แมส คือการใส่และการทักทายหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี ม มือ คือ การล้างมือ 7 ขั้นตอน และหลักการ 2 ว ได้แก่ ว เว้น คือ การเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน ว วัคซีน คือ การฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน การดูแลตนเองหลังฉีดวัคซีน (Department of Health, 2020; Hill, 2020; Milstone, 2022) ประกอบ 4 วิธี คือ 1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) โดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำความรู้ในการดูแลตนเองและการป้องกันการเกิดโควิด 19-โดยใช้หลักการ 2 ม 2 ว ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกส์นำเสนอในรูปแบบโปสเตอร์เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจกรรม 2 ม 2 ว ได้ ออกมาสาธิตการใส่ การทักทายหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การล้างมือ 7 ขั้นตอนได้ และกลุ่มตัวอย่างที่ไปฉีดวัคซีนมาแล้วประสบการณ์ให้ฟังรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ระมัดระวังเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ร่วมกับคนอื่นได้ 3) การใช้ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery Experience) โดยผู้วิจัยจะสาธิตการใส่การทักทายหน้ากากอนามัย การล้างมือ 7 ขั้นตอน และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับโดยผู้วิจัยจะช่วยให้คำแนะนำขณะทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะดูแลให้คำแนะนำแต่ละขั้นตอนและค่อยๆ ลดบทบาทลง จนในที่สุดกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันตอบคำถามการเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัวเมื่อต้องอยู่ในแหล่งชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อโควิด-19 นำกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติได้มาแลกเปลี่ยนข้อมูลถึงความสำเร็จและ 4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยการให้กำลังใจขณะทำกิจกรรมโดยการปรบมือ กล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถ ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือได้ถูกต้องและให้กำลังใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่แน่ใจหรือทำกิจกรรมไม่ได้จนทำได้ถูกต้อง ให้คำชมเชยเมื่อตอบคำถามได้ ตามกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krajcie & Morgan, 1970) จากจำนวนประชากรเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายทั้งหมด 60 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง สามารถเข้าร่วมการทำกิจกรรมได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย หลังจากดำเนินกิจกรรมการวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ทุกขั้นตอนเมื่อสิ้นสุดการวิจัยเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราประกอบด้วยและการให้ความรู้ในการป้องกันโควิด-19 ผ่านสื่ออินโฟกราฟฟิกส์ในรูปแบบโปสเตอร์ 4 แผ่น ประกอบด้วย การให้ความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและป้องกันการเกิดโควิด-19 ดังนี้ แผ่นที่ 1 ม แمس คือการใส่และการทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี แผ่นที่ 2 ได้แก่ ม มือ คือ การล้างมือ 7 ขั้นตอน แผ่นที่ 3 ว เว้น คือ การเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัว เมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน และแผ่นที่ 4 ว วัคซีน คือ การฉีดวัคซีน ผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีน การดูแลตนเองหลังฉีดวัคซีน ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบทดสอบความรู้ (Pre-Test) ในการป้องกันโควิด-19 ก่อนการให้โปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับ 2 ม คือ มือและแمس ผ่านสื่อเป็นอินโฟกราฟฟิกส์ในรูปแบบโปสเตอร์ ประกอบด้วย ขั้นตอนการล้างมืออย่างถูกต้อง 7 ขั้นตอน โดยสาธิตการล้างมือประกอบเพลง การใส่และทิ้งแمسหรือหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้องและแบ่งนักเรียนออกเป็นกลุ่มเป็น 4 กลุ่มเพื่อทบทวนกิจกรรมและทำสาคิตย้อนกลับ หลังจากนั้นร่วมกลุ่มและส่งตัวแทนออกมาสาธิตกล่าวชมเชยพร้อมให้กำลังใจแก่นักเรียนทุกคนในการทำกิจกรรม .

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับ 2 ว คือ ว เว้นระยะห่าง ว การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ผ่านสื่ออินโฟกราฟฟิกส์ในรูปแบบโปสเตอร์ ประกอบด้วย การเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในแหล่งชุมชนอย่างถูกต้องและ การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 การสังเกตอาการข้างเคียง การดูแลหลังได้รับวัคซีนโดยแบ่งนักเรียนออกเป็นกลุ่มเป็น 4 กลุ่มเพื่อทบทวนกิจกรรมและสาธิตย้อนกลับ หลังจากนั้นร่วมกลุ่มและส่งตัวแทนออกมาสาธิตเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมได้ให้คำชมเชยเสริมแรงให้มีความมั่นใจให้ได้ว่าสามารถทำได้พร้อมให้กำลังใจแก่นักเรียนทุกคนในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้หลักการ 2 ม 2 ว และให้นักเรียนทุกคนทำกิจกรรมการล้างมือ 7 ขั้นตอนประกอบเพลง บอกวิธีการใส่ ทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การได้รับวัคซีนและการเว้นระยะห่างเมื่ออยู่ในชุมชน เปิดโอกาสให้นักเรียนออกมาสาธิตและร่วมพูดคุยให้คำชมเชยและแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำแบบทดสอบความรู้ในการป้องกันโควิด-19 (Post-Test) และเฉลยแบบทดสอบหลังการให้ความรู้ ปิดกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ประวัติการติดเชื้อโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่อง 2 ม 2 ว เป็นแบบทดสอบวัดความรู้ 4 ตัวเลือก ก-ง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 หัวข้อคือ 1) วิธีการใส่และทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง 2) วิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน 3) การเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในแหล่งชุมชนและ 4) การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 มีข้อคำถามหัวข้อย่อย 5 ข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 20 ข้อๆ ละ 1 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวม 20 คะแนน การแปลผล ถ้าทำคะแนนได้มาก หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เรื่อง 2 ม 2 ว ซึ่งประกอบไปด้วย วิธีการใส่และทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง วิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน การเว้นระยะห่าง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน และการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เป็น

แบบสอบถามเรื่องละ 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีลักษณะแบบประมาณค่า 5 ค่า (มากที่สุดไปน้อยที่สุด) การแปลผล จะแบ่งระดับของแบบสอบถาม ออกเป็น 3 ระดับ ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านฝ่ายควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องการใช้สื่อเทคโนโลยี 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คน ตรวจสอบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลายนำไปตรวจสอบความสอดคล้องของการดำเนินโปรแกรมและความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของสื่ออินโฟกราฟิกส์ (โปสเตอร์) ได้ค่าความสอดคล้อง .87 และให้นำโปรแกรมไปทำ Pilot Study กับเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6) โรงเรียนบ้านท่าเพชรจำนวน 10 คน แล้วนำมาปรับใช้เครื่องมือก่อนการใช้อย่างจริงจัง

แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .87 และ 0.85 ตามลำดับ

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติหาความเชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha) แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ .83 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับโรงเรียนและครูผู้ดูแลในโรงเรียนเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและส่งหนังสือขอความยินยอมไปยังผู้ปกครอง
3. เมื่อได้หนังสือแสดงความยินยอมจากผู้ปกครองดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่วางไว้
4. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลและป้องกันโควิด-19
5. ดำเนินกิจกรรมการทดลองตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ผ่านวิธีการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเอง 4 วิธี โดยการให้ความรู้ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกส์ในรูปแบบโปสเตอร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และการรับรู้ความสามารถในตนเองผ่านกิจกรรมต่างๆ ประกอบการให้ความรู้ การร้องเพลงล้างมือ การทำกิจกรรมกลุ่ม การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ จำนวน 4 สัปดาห์
6. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลและป้องกันโควิด-19 และเฉลยแบบทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent)
2. ใช้สถิติพาราเมตริก (Parametric Statistics) เมื่อทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของการใช้สถิติค่าที่เพื่อหาการแจกแจงเป็นโค้งปกติ พบว่าข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลป้องกันโควิด-19 ประถมศึกษาตอนปลาย และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถไม่มีการแจกแจงปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิตินอนพาราเมตริก (Nonparametric Statistics) วิเคราะห์ด้วย Wilcoxon Sing Rang Test

จริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและเก็บข้อมูลตามหลักการปกป้องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการศึกษา ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการศึกษาคือความสมัครใจโดยการลงนาม ให้ผู้ปกครองลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ส่วนในการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวม ซึ่งการดำเนินการจริยธรรมการวิจัยมีหมายเลขโครงการวิจัยที่ขอพิจารณา เลขที่ 2022/15

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ตามด้วยเพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมา ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 และน้อยที่สุด ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 15.2 การได้รับวัคซีนส่วนใหญ่เคยได้รับวัคซีน โควิด-19 จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 65.2 รองลงมา ไม่เคยได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.8 จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 2 ครั้ง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมา ได้รับวัคซีน 1 ครั้ง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 และน้อยที่สุดได้รับวัคซีน 3 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 การติดโควิด-19 ส่วนใหญ่เคยติดโควิด-19 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมา ไม่เคยติดโควิด-19 จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 จำนวนครั้งที่ติดโควิด-19 ส่วนใหญ่ติดโควิด-19 1 ครั้ง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 88 รองลงมาติดโควิด-19 2 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 12

2. ความรู้ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนความรู้ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=46)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		z	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ความรู้	12.61	4.92	17.35	2.70	-5.821	0.001*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรู้ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 (Mean = 17.35, SD. = 2.70) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 12.61, SD. = 4.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=46)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม		หลังการเข้าร่วมโปรแกรม		z	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.95	0.47	4.61	0.35	-5.821	0.001*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.61, SD. = .35) และสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean = 3.95, SD. = 0.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

จากสมมติฐานนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังจากการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการจัดโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการป้องกันโควิด-19 ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกในรูปแบบโปสเตอร์ที่สร้างขึ้นมาจำนวน 4 เรื่อง คือ ม แอส การใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง มีมือ การล้างมือ 7 ขั้นตอน ว วรรค การเว้นระยะห่าง ว วัคซีน การฉีดวัคซีน มีรูปแบบ เนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ประกอบด้วยเนื้อหาไม่มากพร้อมมีรูปประกอบ สีสวยงามเนื้อหาเข้าใจง่ายและมีการจัดกิจกรรมการนำเสนอผ่านเพลงการล้างมือ 7 ขั้นตอนที่ทำให้ง่ายรวมกับการสาธิตการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัยพร้อมการสาธิตให้นักเรียนสาธิตย้อนกลับ การให้ความรู้ในการเว้นระยะห่างในการอยู่ร่วมกัน การฉีดวัคซีนซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวของนักเรียน มีกิจกรรมที่

แยกทำเป็นกลุ่มที่มีจำนวนนักเรียนไม่มากเกินไป ทำให้สามารถให้ความรู้แก่นักเรียนได้อย่างทั่วถึงทุกคน นักเรียนสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ทุกคนและมีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพทุกครั้งก่อนทำวิจัยทำให้นักเรียนเกิดความคุ้นเคยกล้าซักถามในสิ่งที่สงสัย ร่วมกิจกรรมด้วยความสนุกสนานและร่วมตอบคำถามทุกครั้ง หลังสุดกิจกรรมเพื่อประเมินความรู้ที่นักเรียนได้รับสอดคล้องกับการวิจัยของ ณภัทร สุวรรณอำภาและทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (Suwanumpa & Salawongluk, 2019) เรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในสังกัดเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดกิจกรรม การให้ความรู้ คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม สนทนา การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การนำเสนอตัวอย่างอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม การนำเสนอวิธีการผ่อนคลายความเครียด จากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเองและบุคคลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จที่เป็นกลุ่มเพื่อน การพูดจาสักงูในทางที่ดีทำให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นใจตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้เรียนสามารถปรับพฤติกรรมที่ดีขึ้นได้ นอกจากนั้นการใช้สื่ออินโฟกราฟิกสามารถทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ที่ดีได้สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีการถ่ายโยงความรู้ เรื่อง การออกแบบอนาคตสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ผลการวิจัยพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน ด้วยการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย ถ่ายทอดเนื้อหาออกมาได้ดีออกมาได้อย่างชัดเจนและเหมาะสม ภาพประกอบน่าสนใจ มีการเรียงลำดับเนื้อหาจากง่ายไปยาก ประกอบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่นำมาใช้ทำให้รูปแบบการเชื่อมโยงเนื้อหาให้เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น (Pholsali, 2018)

โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ซึ่งประกอบ ด้วยกิจกรรมการส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการได้รับความรู้และการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง การเพิ่มความสามารถในการรับรู้ตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ทำให้เกิดการพัฒนารับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง(Self-Efficacy) ตามแนวคิดของแบนดูรา(Bandura, 1977) กล่าวว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการและเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถย่อมเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความพยายาม และกระตือรือร้นที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จมากขึ้น” นั่นคือ ถ้าเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามี ความสามารถและรับรู้ว่าการกระทำนั้นให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ทำให้เกิดความอดทน ไม่ท้อถอย อดทน และกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ โดยสอดคล้องกับการศึกษาผลการเรียนและการรับรู้ความสามารถของตนเองของนักเรียนมัธยมปลายวิทยาศาสตร์ฟิลิปปินส์ในวิชาคณิตศาสตร์และภาษาอังกฤษ (Dullas, 2010) ที่พบว่าการจัดโปรแกรมรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนดีขึ้นทั้งในด้านของวิชาภาษาอังกฤษและวิชาคณิตศาสตร์ โดยการให้ครูและผู้ปกครองช่วยเพิ่มพูนความรู้ที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์วิชาภาษาอังกฤษและวิชาคณิตศาสตร์ให้แก่ นักเรียน โดยมีการตีความทางสถิติเป็นความสัมพันธ์ที่สัมพันธ์ที่สำคัญในเชิงบวก และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตน ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อภาวะโภชนาการเกิน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (Rungrojwattana, Kompayak, & Punthasee,

2019) ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดแบนดูลาโดยใช้เกมมิฟิเคชันต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ (Wongnonglaeng, Thanattheerakul, & Wonginchan, 2021)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลและป้องกันโควิด-19 ให้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนต่างๆ หรือนำไปประยุกต์ใช้ให้แก่เด็กวัยอื่นได้
2. โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการใช้หลักการ 2 ม 2 ว ในการดูแลและป้องกันการเกิดโควิด-19 ทำให้นักเรียนเกิดความรู้และการรับรู้และสามารถในตนเองซึ่งเชื่อว่่านำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการเกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนจากตนเองได้

รายการอ้างอิง

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change*. Psychologist review, 84(2), 191-215
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bhusin, P., Namboonsri, N., & Phupradi, T. (2022). COVID-19 infection in children. *Journal of Nursing and Health*, 4(1), 1-13. (in Thai)
- Department of Health. (2020). *Handbook for educational institutions to prevent the spread of COVID-19*. Nonthaburi: Advertising Company. (in Thai)
- Department of Health. (2022). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved 20 August 2022, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php> (in Thai)
- Division of Communicable Disease Control. (2011). *Handbook of prevention and control Coronavirus disease 2019 for public*. Bangkok: The house rally the Agricultural Cooperatives of Thailand printing. (in Thai).
- Dullas, A. R. (2010). *Self-efficacy and academic performance of Filipino science high school students on mathematics and english subjects*. Social Science Research Network. Available at: <http://papers.ssrn.com/sol3/topTen/topTenResults.cfm?groupingId=1314043&netorjrn=jrnl>.
- Hill, B. (2020). Coronavirus: origins, signs, prevention and management of patients. *British Journal of Nursing*, 29(7), 399–402. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.7.399>

- Krearfug, J., & Kaewurai, R. (2021). Infographics and information dissemination for handling COVID-19 Crisis. *Journal of Liberal Arts. Ubon Ratchathani Univerdity*, 17(1), 47-66.
- Kriangburapa, W. (2020). Coronavirus disease 2019 in children. *Burapha Journal of Medicine*, 7(1), 96- 02. (in Thai)
- Milstone, A. (2022). *COVID in babies and kids: symptoms and prevention*. Retrieved 20 August 2022, From <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/coronavirus-in-babies-and-children>
- Pholsali, P. (2018). *Development of infographic media based on transfer of learning on the topic of saving for the future of primary 6 students*. Unpublished master dissertation. Rajamangala University of Technology Thanyaburi Thailand. (in Thai)
- Rungrojwattana, W., Kompayak, J., & Punthasee, P. (2019). The effects of self-efficacy and family support promotion program on overweight among junior high school students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(1), 274-284.
- Sricharoenwijit, C. (2021). *10 Things to know about COVID-19 in children*. Retrieved 20 August 2022, from <https://www.sikarin.com/doctor-articles/10>
- Suwanumpa, N., & Salawongluk, T. (2019). The effect of dietary and exercise modification program for obesity prevention among primary schools in Nakhon Ratchasima municipality. *Ratchaphruek Journal*, 17(1), 111-120.
- Wongnonglaeng, S., Thanattheerakul, C., & Wonginchan, A. (2021). The effects of health program based on Bandura's theory using gamification on perceived self-efficacy in health care of school-age children with thalassemia. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(2), 117-126. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
4. บทความปริทัศน์บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้แต่ง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติขนาด 14 ด้านซ้ายของหน้ากระดาษ ใต้ชื่อเรื่อง พร้อมระบุสถานที่ทำงานของผู้แต่ง และไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-Mail)
4. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
5. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
6. บทความวิชาการ ประกอบด้วย
 - บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ
 - บทนำ (Introduction)
 - เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
 - บทสรุป (Conclusion)
 - ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

- รายการอ้างอิง (References)

7. บทความนวัตกรรม ทั้งนวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) นวัตกรรมบริการ (Services Innovation) และนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ

- บทนำ ระบุความเป็นมา หรือความสำคัญของการพัฒนานวัตกรรม

- วัตถุประสงค์ (Objective) ระบุเป้าหมายของนวัตกรรม โดยมีรูปแบบเพื่อเพิ่ม ลด ปรับปรุง หรือเกิดสิ่งประดิษฐ์

- สมมติฐาน (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดของนวัตกรรม ระบุหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรม

- กระบวนการพัฒนานวัตกรรม (Development process) ระบุ ประเภทนวัตกรรม กระบวนการ พัฒนานวัตกรรม การจัดกิจกรรม การผลิต การหาคุณภาพ การปรับปรุง ระยะเวลาในการดำเนินการ

- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุ วิธีวิจัย แหล่งข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล

- จริยธรรมวิจัย ระบุ หน่วยงาน หมายเลข และวันที่ที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์หรือการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

- ผลการพัฒนานวัตกรรม ระบุ ผลการวิเคราะห์ หรือข้อค้นพบจากการพัฒนานวัตกรรม

- การประเมินผลนวัตกรรม (Innovation evaluation) ระบุ ผลลัพธ์เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ มูลค่าทางเศรษฐกิจ ที่สามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

- ข้อเสนอแนะ ระบุ การนำนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ แนวทางการพัฒนาต่อยอดจากนวัตกรรมเดิม

- รายการอ้างอิง

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ระบุ ชื่อผลงาน ชื่อ-สกุลผู้แต่ง เนื้อหาของบทคัดย่อ คำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ โดยแยกบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คนละหน้ากัน รวมแล้วไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ

- บทนำ ระบุความเป็นมา หรือความสำคัญของการวิจัย

- วัตถุประสงค์ ระบุเป้าหมายของการวิจัย เป็นประเด็น ๆ

- สมมติฐาน (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดการวิจัย ระบุหลักการ แนวคิด ทฤษฎีในการวิจัย

- ระเบียบวิธีวิจัย ระบุ วิธีวิจัย แหล่งข้อมูล ประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระบุที่มาหรือวิธีการพัฒนาเครื่องมือวิจัย คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

- การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

- การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การวิเคราะห์ข้อมูล ระบุโปรแกรมที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
- จริยธรรมวิจัย ระบุ หน่วยงาน หมายเลข และวันที่ที่ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย ระบุ ผลการวิเคราะห์ หรือข้อค้นพบในการวิจัย กรณีเป็นตารางไม่ต้องมีเส้นแนวตั้ง
- อภิปรายผล ระบุ ข้อสรุปและแปลความหมายผลการวิจัย อธิบายความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับกับทฤษฎี หรือผลการศึกษาค้นคว้าอื่นใดบ้าง โดยให้อธิบายอยู่ภายใต้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์
- ข้อเสนอแนะ ระบุ การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ แนวทางการทำวิจัยที่เป็นการพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยเดิม
- รายการอ้างอิง

9. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/manual/index.aspx> หรือ <http://stin.ac.th/th/file.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม - ปี (Name-year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al, ดังตัวอย่าง

(Tanyaratsrisakul, 2018)

(Tanyaratsrisakul, Kantabanlang, & Heetaksorn, 2018)

(Tanyaratsrisakul, Kantabanlang, Heetaksorn, Watcharawiwat, Leeyutthanont, Phokhwang et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปีและข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณี ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิดและมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความ หนังสือ หรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง Tanyaratsrisakul, A., Kantabanlang, Y., & Phokhwang, W. (2018). The effectiveness of Thai nursing innovations in the early 20th century. Suratthani: Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). How to Design and Evaluate Research in Education. (8thed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 หนังสือ

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

Mitchell, T.R., & Larson, J.R. (1987). People in organization: An introduction to organization behavior (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

** ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย : และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

3.3 บทความ

ผู้เขียนบทความ. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้า.

Komtin, S. (1990). Culture and work-related values in Thai organizations. *International Journal of Psychology*, 25(2), 681-704.

** ชื่อบทความภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ/ชื่อเรื่อง ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย: และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

** ชื่อวารสารภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่นำหน้าทุกคำ ยกเว้น คำเชื่อม และ คำบุพบท

3.4 บทความหรือบทต่างๆในหนังสือ

ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บก.), ชื่อหนังสือ หรือวารสาร (หน้า). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

Hartley, J. T., Harker, J. O., & Walsh, D. A. (1980). Contemporary issues and new directions in adult development of learning and memory. In L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s: Psychology issues* (pp. 239-252). Washington, DC: American Psychology Association.

** ชื่อหนังสือ หรือ ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของชื่อหนังสือ/ชื่อเรื่อง ตัวอักษรแรกหลังเครื่องหมาย: และ ชื่อเฉพาะต่าง ๆ เช่น ชื่อคน ชื่อประเทศ และชื่อเมือง

** ชื่อวารสารภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่นำหน้าทุกคำ ยกเว้น คำเชื่อม และ คำบุพบท

3.5 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นสถาบัน และผู้แต่งเป็นผู้พิมพ์

ภาษาอังกฤษใช้คำว่า Author หลังเครื่องหมาย : แทนที่สำนักพิมพ์

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

3.6 รายงานการวิจัย (Report)

ชื่อผู้วิจัย. (ปี). ชื่องานวิจัย (ประเภทงานวิจัย หรือ Report No.). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

Birney, A. J. & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities. (Report No. 84-102). Washington, DC: National Education Association.

3.7 วิทยานิพนธ์ปริญญาโท

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับวิทยานิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์, ชื่อมหาวิทยาลัย.

(วิทยานิพนธ์ภาษาต่างประเทศ ให้ใส่เครื่องหมาย (,) หลังชื่อมหาวิทยาลัย ตามด้วยชื่อประเทศ หรือชื่อเมืองที่เป็นที่รู้จัก)

Ryerson, J. F. (1983). *Effective management training: Two models*. Unpublished master's thesis, Clarkson College of Technology, Potsdam, NY.

3.8 วิทยานิพนธ์ปริญญาเอก

ผู้เขียน. (ปี). ชื่อวิทยานิพนธ์. ระดับวิทยานิพนธ์, ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อมหาวิทยาลัย.

(วิทยานิพนธ์ภาษาต่างประเทศ ให้ใส่เครื่องหมาย (,) หลังชื่อมหาวิทยาลัย ตามด้วยชื่อประเทศ)

(วิทยานิพนธ์ภาษาต่างประเทศ ให้ใส่เครื่องหมาย (,) หลังชื่อมหาวิทยาลัย ตามด้วยชื่อประเทศ)

Khamngoen, R. (2018). A causal model of suffering parents of children with cancer. Unpublished doctoral dissertation, Burapha University, Thailand.

3.9 Internet

ผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่องหรือชื่อบทความ. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี, จาก URL ของ website.

Easton, R. J. & Zhang, T. B. (2002). Supply chain in Asia: Challenges and opportunities. Retrieved June 20, 2004, from <http://www.accenture.com>.

การส่งบทความ

ส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ ผลงานการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ในระบบ Online ถึงบรรณาธิการวารสาร ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@bcnsurat.ac.th

แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

.....
.....
.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่งงาน/หน่วยงาน.....

หากเป็นนิสิตให้ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย).....

ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ

โทรศัพท์.....

โทรสาร

e-mail

ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

.....
สถานที่จัดส่งวารสาร

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์จะ

☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก
☐ 1 ปี (2 เล่ม) เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ ค่าตีพิมพ์บทความ
☐ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
การสมัครตีพิมพ์ครั้งแรกให้รวมค่าสมาชิกด้วย รวมเป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยได้ชำระค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด
☐ โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (รายได้สถานศึกษา)
สาขาสุราษฎร์ธานี เลขที่ 981-3-44823-7

รวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....
สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....ถึงฉบับที่...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความมาที่
กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทร 077-287816 ต่อ 218,219

หากมีข้อสงสัย ติดต่อ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร) โทร 081-3964193
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000