



วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 ISSN 2822-034X (Online)

บทความวิจัย

- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม
 - ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง
 - ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์
 - การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง
 - ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล
 - ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ต่อความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน
 - ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลแห่งหนึ่ง
 - ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
 - การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- บทความนวัตกรรม
- นวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่ (โอบอกอิมอุ่น)



ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 มกราคม – มิถุนายน 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขา วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการและนวัตกรรมทางสุขภาพของบุคลากรทาง การแพทย์ นักวิชาการผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และ สถาบันวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและ งานวิจัยของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ที่อยู่

ด้านวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7728-7816 ต่อ 210, 218, 219
โทรสาร 0-7727-2571
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri>

หมายเหตุ : วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.รุ่งนภา จันทรา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.รวีวรรณ คำเงิน
ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

กองจัดการ

ปิยรัตน์ ชูมี
ฉันทนา นาคฉัตรีย์
รจนา สุริยเตอร์
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 อีสระมัลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อติญาณ์ ศรีเกษตริน	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.นงนภัทร รุ่งเนย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
ผศ.ดร.ฐิตาพร วรรณพิทักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
ผศ.ดร.มัญจวรรณ ลียุทธานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
ดร.อัจฉรา จันเพ็ชร	สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.ณวิวรรณ ศรีดาวเรือง	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
ผศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กำหนดออก

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

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ฉบับที่ 2 ของปี 2566 ปีที่ 6 โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เรามุ่งมั่นและให้ความสำคัญในการพัฒนาวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพให้เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ สนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพทั้งความรู้ใหม่ที่หลากหลาย การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ความก้าวหน้าทางการพยาบาลและสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและนวัตกรรม วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ฉบับนี้ได้นำเสนอผลงานที่น่าสนใจ 11 เรื่อง มีทั้งบทความวิจัย 10 เรื่อง และบทความนวัตกรรม 1 เรื่อง มีความหลากหลายขององค์ความรู้ทั้งทางด้านพยาบาลและสาธารณสุขทั้งระดับปฐมนิเทศ ระดับปริญญาตรี และปริญญาโท และนักศึกษาระดับมหาบัณฑิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิจัย นักวิชาการ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งนักศึกษาและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพกำหนดเผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ทุกรอบ 6 เดือน ฉบับที่ 1 มกราคม-สิงหาคม ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม ผลงานวิชาการที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอจะได้รับการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และบรรณาธิการก่อนลงตีพิมพ์ ขอเชิญทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการหรือนวัตกรรมทางสุขภาพ มาเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีความพร้อมและยินดีเป็นอย่างยิ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะให้ผลงานของท่านเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Network partners Participation Model Development for COVID-19 Vaccination Services Management in Surat Thani Province	e264024
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม The Effects of Exercise Program with Social Support on Balance among the Fall-Risk Elderly	e264520
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุควัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง Factors Influencing Duration of Exclusive Breastfeeding Among Adolescent Mothers in Lower Southern Region	e262854
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ The Effect of Health Behavior Program and Line Application Monitoring to Dietary and Exercise Behavior and the Blood Glucose in Pregnant Women at Risk for Gestational Diabetes Mellitus	e265772
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง The Development of the Palliative Care System for End- of-Life Patients by using Tele-nursing, Ranong Hospital	e265471
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล The Effects of a Health Promotion Program Based on the PBRI Model on Knowledge, Attitude, and Behavior in Preventing Non-communicable Diseases Among Students Nurse	e265950

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ต่อความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน The Effect of Experiential Learning for Nursing Students with Applying 5A's Behavior Change Model on Knowledge and Ability to Supporting Self-Management for People with Diabetes and Hypertension in the Community	e266273
- ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน ตำบลแห่งหนึ่ง Health Literacy and Health Behaviors Among People with Hypertension A Sub-District Community Hospital	e263418
- ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดลร่วมกับเครื่องมือป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน The Effectiveness of the Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool on knowledge and health behavior of Nursing Students with overweight	e265968
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี A Development of Enhanced Recovery Program after Colorectal Surgery in the Surgical Department Suratthani Hospital	e262781
- นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่ (โอบอกอ้อมอุ่น) The Innovation "Transverse Bed Sheet Support Breast Feeding"	e263524

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อรรจน์กร สมเกียรติกุล, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, e-mail; kunkit17@gmail.com

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ที่ไดมาตรฐานและครอบคลุมสามารถป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรคได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การพัฒนาแบบ 2) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปปฏิบัติในทุกอำเภอภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้บริหารบริการวัคซีนระดับอำเภอ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่แบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีน COVID-19 พัฒนาตามแนวคิดแบบลีน (Lean) และกระบวนการมีส่วนร่วม ส่งผลให้อัตราความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในประชากรทุกกลุ่ม ฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 87.52 เข็มที่ 2 ร้อยละ 86.49 เข็มที่ 3 ร้อยละ 54.98 ผู้รับผิดชอบศูนย์ฉีดวัคซีนระดับอำเภอ มีความเข้าใจและสามารถดำเนินงานตามรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มบุคลากรและภาคีที่เกี่ยวข้องพบว่าหลังการใช้รูปแบบมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้รูปแบบการบริหารจัดการบริการวัคซีนโควิด-19 สามารถบริหารบริการวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพและควรนำระบบนี้ไปใช้กรณีเกิดโรคระบาดอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารจัดการวัคซีน, วัคซีนโควิด-19, แนวคิดลีน

The Network partners Participation Model Development for COVID-19 Vaccination Services Management in Surat Thani Province

Atjakorn Somkaitkul, Surat Thani Provincial Public Health Office, e-mail; kunkit17@gmail.com

Abstract

The standardized and vaccine coverage by management of COVID-19 Vaccination can prevent infection and reduce the severity of the disease. This Participatory Action Research (PAR) purposed to developed and assess the Network partners participation model for Management of COVID-19 Vaccination Services in Surat Thani Province. This research was included 3 steps, 1st steps were developed model, 2nd step was applied model in all district by participation of District Vaccination manager. In addition, in 3rd step was assessed the outcomes of model. The quantitative by descriptive study and paired t-test were research data analysis.

The research results indicated that the Network partners' Participation Model for COVID-19 Vaccination Services Management in Surat Thani Province were developed by using LEAN and participation concept. The COVID-19 vaccination coverage was 87.52 percent in 1st dose, 86.49 percent in 2nd dose and 54.98 percent in 3rd dose of all population. The assessment of model understanding of District Vaccination manager were highest after applied this model and also satisfaction average score of health staff and networking were significantly higher after applied this model ($p < .001$). However, the COVID-19 vaccination management model may manage the vaccination efficiency and probably suggested for used in case of other epidemics

Keywords: vaccine management, COVID-19 Vaccine, LEAN

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) นับตั้งแต่รายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และได้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปยังประเทศต่างๆ ในทุกทวีปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยหลายประเทศทั่วโลกต่างเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างรวดเร็วและแพร่ในวงกว้าง (World Health Organization, 2020 and Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2020) องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค (World Health Organization, 2020) และในวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลก ได้ยกระดับการเตือนภัยความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้อยู่ในระดับสูงสุด (World Health Organization, 2020) ซึ่งนับว่าเป็นวิกฤตภัยพิบัติด้านสาธารณสุขที่กำลังส่งผลกระทบไปทั่วโลกเป็นวงกว้าง และแพร่กระจายไปทั่วโลก ส่งผลให้เกิดผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก รวมถึงผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สิ่งแวดล้อมและด้านอื่นๆ ตามมาเป็นอันมาก (Signorelli, Scognamiglio & Odone, 2020)

แม้ว่าจะมีการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการแล้วก็ตาม โดยสิ่งสำคัญในการควบคุมป้องกันและลดความรุนแรงในการเกิดโรคได้คือวัคซีนโควิด-19 ซึ่งจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ยังประเมินไม่ได้ว่าจะหยุดยั้ง ภาครัฐและเอกชนจึงเร่งจัดหาวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทยเพิ่มเติม เพราะยังประชาชนเข้าถึงวัคซีนโควิดได้มากเท่าไร ยิ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในไทยได้มากขึ้นเท่านั้น อีกทั้งการได้รับวัคซีนโควิดยังจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้หากได้รับเชื้อ โดย ณ วันที่ 25 มิถุนายน 2564 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้อนุมัติทะเบียนวัคซีนป้องกันโควิด-19 แล้ว 6 รายการ ดังนี้ วัคซีนโควิดซิโนแวค (Sinovac) อย.อนุมัติเมื่อ 27 กุมภาพันธ์ 2564, วัคซีนโควิดแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) อย.อนุมัติเมื่อ 20 มกราคม 2564, วัคซีนโควิดจอห์นสัน แอนด์จอห์นสัน (Johnson & Johnson) อย.อนุมัติเมื่อ 25 มีนาคม 2564, วัคซีนโควิดโมเดอร์นา (Moderna) อย.อนุมัติเมื่อ 13 พฤษภาคม 2564, วัคซีนโควิดซิโนฟาร์ม (Sinopharm) อย.อนุมัติเมื่อ 28 พฤษภาคม 2564 และวัคซีนโควิดไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/BioNtech) อย.อนุมัติเมื่อ 24 มิถุนายน 2564 (Bureau of General Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021 and Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022)

จังหวัดสุราษฎร์ธานีดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ให้กับประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ตามแนวทางรัฐบาล โดยพบปัญหาการดำเนินการที่ล่าช้า การบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่ไม่ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งเข็มที่1 และเข็มที่2 ส่วนบุคลากรพบว่าไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชนเพราะจะต้องจัดสรรเจ้าหน้าที่ไปยังจุดฉีดวัคซีนโควิด-19 และการลงบันทึกข้อมูลให้ทัน ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินการฉีดวัคซีน ระบบการบริหารจัดการที่ซับซ้อน หลายขั้นตอน ถึงแม้จะมีการปรับกระบวนการที่สามารถให้บริการฉีดวัคซีนได้เร็วขึ้น แต่ประสบปัญหาวัคซีนไม่เพียงพอ ไม่ตรงกับความต้องการของประชาชน และความสับสนในการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในเรื่องประมาณการจำนวนวัคซีนที่แต่ละหน่วยงานฉีดวัคซีนจะได้รับการจัดสรร จนทำให้ต้องเลื่อนการฉีดวัคซีนออกไป จากความสำคัญในการเร่งรัดบริหารจัดการบริการวัคซีนเพื่อให้การฉีดวัคซีนเป็นไปอย่างครอบคลุม ทั้งถึง สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยเพิ่มจำนวนผู้ได้รับวัคซีนให้มากขึ้นโดยเร็วที่สุด เพื่อควบคุมการระบาด รวมถึงวิธีการกระจายวัคซีนที่เป็นไปอย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อนำไปสู่การบริหารบริการวัคซีนโควิด-19 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานีที่มีประสิทธิภาพ ตามเป้าหมายการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

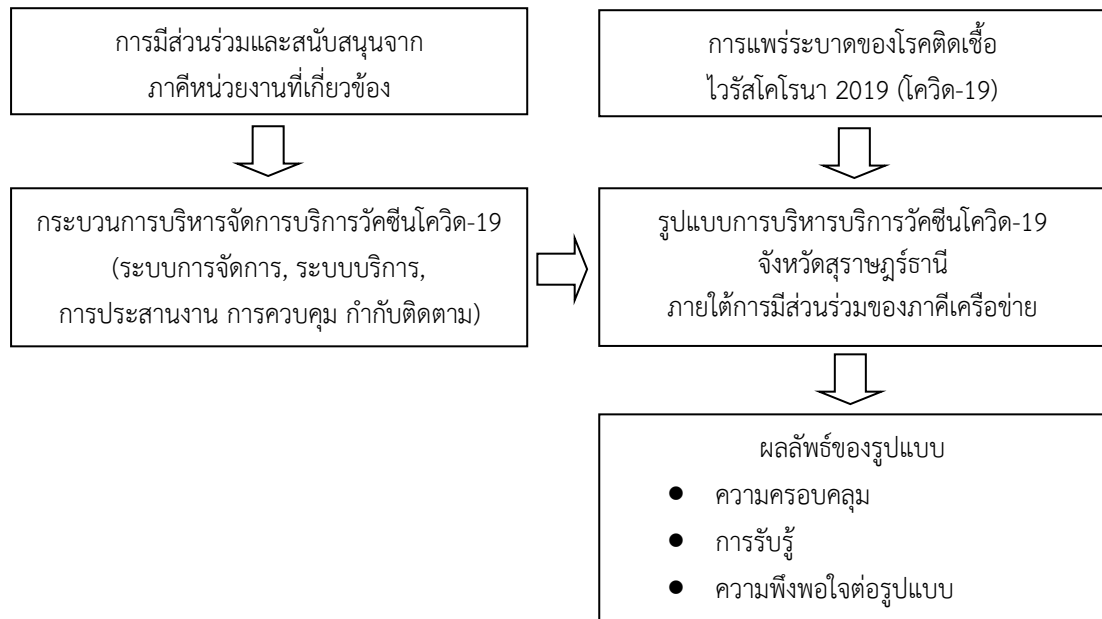
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อประเมินผลด้านความครอบคลุมการได้รับวัคซีน, การรับรู้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมุติฐานการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดสุราษฎร์ธานี จะส่งผลให้ความครอบคลุมของการได้รับบริการวัคซีนของประชาชนเพิ่มมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบลีน (Lean) (Yadav, &, Desai, 2016) ในการปรับการบริหารจัดการองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการลดกระบวนการทำงานที่ไม่สร้างมูลค่า พร้อมความสามารถในการปรับตัวเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย เริ่มจากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา การดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหา ภายใต้แนวทางการร่วมคิด ร่วมทำและร่วมตัดสินใจ ดังกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารบริการวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการบริหารบริการวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการหลักในการตรวจสอบข้อมูลโดยหลักการสามเส้า (Triangulation) ในการตรวจสอบข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากเอกสาร (Document Research) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) เพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) และเป็นข้อมูลประกอบการยกร่างพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากยกร่างรูปแบบจากขั้นตอนที่ 1 และส่งรูปแบบที่พัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา การควบคุมและป้องกันโรค จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะ และนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดำเนินการในบริหารบริการวัคซีน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ด้านความครอบคลุมการได้รับวัคซีน การรับรู้ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตด้านพื้นที่

ดำเนินการศึกษาในทุกพื้นที่ที่ครอบคลุมทั้ง 19 อำเภอของจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตด้านเวลา

การวิจัยนี้มีระยะเวลาการศึกษา รวม 1 ปี 9 เดือน ดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 1 มีนาคม 2564 – 30 พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับศึกษาจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประชากร คือ ผู้รับผิดชอบงานบริหารบริการวัคซีนระดับอำเภอ ๆ ละ 1 คน ดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารบริการวัคซีนมาไม่ต่ำกว่า 2 เดือน เกณฑ์การคัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบริหารบริการวัคซีนอย่างน้อย 2 ครั้ง

ระยะที่ 2 การพิจารณารูปแบบการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1) ประชุมเชิงปฏิบัติการในพื้นที่พิจารณารูปแบบการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อของตำบลและหมู่บ้าน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ เป็นผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากพื้นที่ที่คัดเลือก จำนวนแห่งละ 7-12 คน เกณฑ์การคัดออกของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา

2) การประชุมสัมมนาของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดำรงตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ รวม จำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา

ระยะที่ 3 การประเมินผลของรูปแบบการศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการตามรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานบริหารบริการวัคซีนระดับอำเภอ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้รับผิดชอบงานบริหารบริการวัคซีนมาไม่ต่ำกว่า 2 เดือน เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา

2) ประชาชนผู้ได้รับบริการวัคซีนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่รับบริการวัคซีนโควิด-19 ในสถานบริการจังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้รับบริการวัคซีนเข็มที่ 1 และ เข็มที่ 2 ในสถานบริการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน ที่สามารถตอบแบบสอบถามผ่านทาง QR code ได้ เกณฑ์การคัด

ออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 (Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., Lang, A.-G., 2009) สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Paired t-Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of Test) ที่ .95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen (Cohen J., 1988) ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 23 คน แต่เนื่องจากวิจัยนี้เป็นประเด็นอ่อนไหว โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัว ออกจากการวิจัยมีสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แยกตามขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ตามรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษารูปแบบแนวทางการดำเนินงานบริการวัคซีนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการศึกษาแนวทางการดำเนินงานจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กฎหมายที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาค้นจากผู้วิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. แบบสอบถามประเด็นปัญหา อุปสรรค การบริหารบริการวัคซีน พัฒนาค้นจากผู้วิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

3. แบบบันทึกการร่างรูปแบบการบริการวัคซีนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พัฒนาและออกแบบขึ้นจากผู้วิจัย ตามแนวคิดแบบลีน (Lean) และกระบวนการมีส่วนร่วม

โดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาค้นคว้าและสรุป วิเคราะห์ ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำไปสู่ขั้นตอนต่อไป

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

1. (ร่าง) รูปแบบบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี และแนวคำถามเพื่อประชุมสัมมนาของผู้เชี่ยวชาญ โดยแนวคำถามผ่านการพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2. แบบบันทึกการปรับปรุงแก้ไขและสรุปผลรูปแบบบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล หมู่บ้าน และผู้เชี่ยวชาญ ด้วยกระบวนการ PAR โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินผลในกลุ่มตัวอย่าง ในลักษณะการสอบถาม และการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามการประเมินการรับรู้แนวทางและความพึงพอใจต่อรูปแบบ ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบสอบถามการประเมินความรู้และความพึงพอใจต่อการดำเนินการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ระยะ ตามระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้ ระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดำเนินงานบริการวัคซีน มาสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้น ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือประสานงานและขอความร่วมมือเก็บข้อมูล นัดหมายวันเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และลงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ บันทึกความเห็น ข้อเสนอแนะต่อร่างรูปแบบการดำเนินงานฯ จากคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และผู้เชี่ยวชาญ และนำมาสรุปผลและปรับปรุงรูปแบบให้มีความสมบูรณ์ และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แยกเป็นแบบสอบถามสำหรับ 1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการตามรูปแบบ โดยให้กลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ด้วยการ Scan Link หรือ QR code ที่ผู้วิจัยส่งให้ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และ 2) ประชาชนผู้ได้รับบริการวัคซีนโควิด-19 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยตนเองภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาแบบ Thematic Analysis ในประเด็นด้านปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด (Gap Analysis) ที่พบจากการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ที่ผ่านมา และข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้รับจากแบบบันทึกข้อมูลและจากแบบสอบถามจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (Paired t-test) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .05

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ 9/2564 วันที่ 27 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีเป้าหมายเพื่อให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-19 แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว ลดความแออัด และลดการใช้บุคลากรและทรัพยากร ยึดหลักการตามการบริหารจัดการวัคซีนของประเทศ คือ การจัดหาวัคซีนให้เพียงพอกับความต้องการของประชาชน การเก็บรักษาตามมาตรฐาน และการกระจายวัคซีน โดยใช้แนวคิดแบบลีน (Lean) ภายใต้การมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วน และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะเพื่อให้ระบบการจัดการวัคซีนมีประสิทธิภาพและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ตามแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน และค้นหากลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการ ภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแนวทางดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการดังนี้ 1) เคาะประตูบ้านสอบถามความต้องการรับบริการฉีดวัคซีนทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ 10-15 หลังคาเรือน 2) เพิ่มเติมข้อมูลบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในทะเบียน 3.) ส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อส่งข้อมูลนำเข้าระบบบริหารบริการวัคซีนผ่านแอปพลิเคชัน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการดังนี้ 1) พิมพ์ทะเบียนรายชื่อในเขตรับผิดชอบ โดยเพิ่มช่อง ต้องการฉีด ยังลังเล ไม่ต้องการฉีด (ตาม แบบฟอร์ม Excel Whitelist) 2) แจ้งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำรวจความต้องการรับบริการวัคซีน และแจ้งกำหนดช่วงเวลารับวัคซีน 3) ดำเนินการเพิ่มรายชื่อกลุ่มเป้าหมายผู้รับวัคซีน (Whitelist) และลงนัดจองฉีดวัคซีน ผู้สูงอายุและผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ผู้ที่ต้องการฉีดและยังลังเลในระบบฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 (MOPH Immunization Center: MOPH-IC) 4) สำรวจความต้องการฉีดวัคซีนในสถานประกอบการและที่พักแรงงานต่างด้าว

2. การเตรียมความพร้อมรองรับการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้การมีส่วนร่วม ดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการ ดังนี้ 1) วางแผนการฉีดวัคซีนร่วมกับโรงพยาบาล (กำหนดวันสำหรับฉีดของแต่ละพื้นที่) 2) สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีน 3) รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์บริการสาธารณสุข (กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประชาชนทั่วไป และชาวต่างชาติ)

โรงพยาบาล ดำเนินการ ดังนี้ 1) วางแผนการบริการฉีดวัคซีนร่วมกับพื้นที่ (กำหนดวันสำหรับแต่ละพื้นที่) 2) สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีน 3) ส่งข้อมูลทะเบียนรายชื่อ Whitelist แยกหมู่บ้าน ให้ รพ.สต. 4) เพิ่มรายชื่อกลุ่มเป้าหมายผู้รับวัคซีน (Whitelist) ในบุคคลที่ไม่มีข้อมูล 5) ลงนัดวันฉีดวัคซีน ในระบบฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มที่ต้องการฉีดและยังลังเล

3. การบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย การจัดหาวัคซีนโควิด-19 การกระจายวัคซีนภายในจังหวัด ซึ่งดำเนินการโดยคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงานการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำวัคซีนที่ได้รับการจัดสรรมาทั้งหมดจัดเก็บไว้ที่คลังเวชภัณฑ์ของกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และจัดสรรวัคซีนไปในแต่ละอำเภอตามข้อมูลจำนวนกลุ่มเป้าหมายและจัดสรรวัคซีนตามความเหมาะสม ครอบคลุมประชากรจังหวัด โดยจัดสรรให้สอดคล้องกับนโยบายจากส่วนกลาง, ระบบห่วงโซ่ความเย็น การจัดเก็บและการขนส่ง และแนวทางการจัดเตรียมวัคซีนและบริการฉีดวัคซีนของจุดฉีด รวมถึงการทำลายวัคซีนกรณีวัคซีนหมดอายุและบรรจุภัณฑ์หลังจากฉีด โดยมีการใช้นวัตกรรมเครื่องมือในการจัดการข้อมูลเรียกว่า Dash board มาใช้โดยเชื่อมโยงจากจุดลงทะเบียน ทำให้ทราบจำนวนโดสวัคซีนที่จะเตรียมให้พอดีกับจำนวนผู้มารับบริการ เพื่อลดการสูญเสียวัคซีน

4. การจัดระบบบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและบริหารความเสี่ยงของคลังวัคซีน โดยใช้แบบลีน (Lean) เพื่อ 1) ลดขั้นตอนในการรับบริการลง 2) ลดจำนวนบุคลากรในการปฏิบัติงานลง

การพัฒนากระบวนการจองฉีดจากการเข้ารับบริการ ณ จุดฉีด เปลี่ยนเป็นใช้เทคโนโลยี การจองผ่าน แอปพลิเคชันโดยระบบจอง Que โดยส่งผลให้ 1) ลดความแออัดและการแพร่กระจายเชื้อ ในการเข้ามาจองคิวภายในโรงพยาบาล 2) เพิ่มความสะดวกให้กับประชาชนไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และค่าเดินทาง

ในการมาจองคิวฉีดวัคซีนโควิด 19 น้อย 3) ลดระยะเวลารอคอยในการให้บริการเนื่องจากการกำหนดช่วงเวลานัดในการให้บริการ 4) ไม่เกิดการฟ้องร้องกรณีมาโรงพยาบาลแล้วไม่ได้คิวในการฉีดวัคซีน

การพัฒนาแบบฟอร์มเอกสารการให้ข้อมูลและการยินยอมเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ดังนี้
1) ลดการใช้กระดาษ 2) ลดระยะเวลาการอ่านข้อความและการกรอกข้อมูลของประชาชนลง 3) ลดระยะเวลาการตัดกระดาษ เย็บชุดเอกสาร 4) ลดจำนวนบุคลากรในการช่วยผู้ป่วยกรอกเอกสาร 5) ลดความผิดพลาดในการลงข้อมูลชนิดวัคซีนและการฉีดวัคซีนชนิด

5. การสร้างความเชื่อมั่น ด้วยการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจัดทำข้อมูลวิชาการเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และการสื่อสารให้ประชาชนรับทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับวัคซีน

6. การประกันคุณภาพและติดตามอาการข้างเคียง ภายใต้มาตรการการรับรองคุณภาพวัคซีนตามมาตรฐาน การจัดระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) การช่วยเหลือเยียวยากรณีเกิด AEFI ภายใต้กลยุทธจัดการองค์ความรู้เพื่อพัฒนาบริการการให้วัคซีน โดยมีการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากวัคซีนโดยมีการติดตามหลังฉีดวัคซีนในช่วงเวลาที่กำหนด คือ 30 นาที 1 วัน 7 วัน และ 30 วัน จากรายงานข้อมูล Hospital Information System หรือจากรายงานระบาดวิทยา

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลการพัฒนาระบบการจองคิวจากจากการเข้ารับบริการ ณ จุดฉีด ที่เปลี่ยนเป็นใช้เทคโนโลยี การจองผ่านแอปพลิเคชันระบบจอง Que ทำให้สามารถ 1) ลดความแออัดและการแพร่กระจายเชื้อ ในการเข้ามาจองคิวภายในโรงพยาบาล ร้อยละ 85, 2) สามารถเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชนไม่ต้องเสียเวลาเดินทาง และค่าเดินทางในการมาจองคิวฉีดวัคซีนโควิด 19 ร้อยละ 90, 3) ลดระยะเวลารอคอยในการให้บริการเนื่องจากการกำหนดช่วงเวลานัดในการให้บริการ ลดลงเฉลี่ย คนละ 1 ชั่วโมง และ 4) ไม่มีการร้องเรียนกรณีมาโรงพยาบาลแล้วไม่ได้คิวในการฉีดวัคซีน

ผลการให้บริการฉีดวัคซีนโควิดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อัตราความครอบคลุมการฉีดทุกเข็ม ในประชากรทุกกลุ่มฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 87.52 เข็มที่ 2 ร้อยละ 86.49 เข็มที่ 3 ร้อยละ 54.98 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในประชากรทุกกลุ่มเทียบเป้าหมายจากการสำรวจ ภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 88.49 แยกเป็นอัตราความครอบคลุมการฉีดวัคซีนทุกเข็มในกลุ่มเป้าหมายหลัก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

อัตราความครอบคลุมการฉีดทุกเข็มในประชากร กลุ่มเป้าหมายจังหวัดสุราษฎร์ธานี	เข็มที่ 1 (ร้อยละ)	เข็มที่ 1 (ร้อยละ)	เข็มที่ 1 (ร้อยละ)
อายุ 6 เดือน - 4 ปี	0.74	-	-
อายุ 5- 11 ปี	75.93	57.98	5.74
อายุ 12-17 ปี	89.64	88.72	28.36
อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน กลุ่ม 608	98.56	97.85	54.73
	84.69	81.20	33.07

ที่มา: ระบบบริหารและติดตามการให้วัคซีน MOPH-IC ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

ในการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังรับวัคซีน ตามแนวทางในการรายงานผลการเกิด AEFI ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งตามแนวทางได้มีการเฝ้าระวังหลังการฉีด 30 นาที และให้รายงานอาการไม่พึงประสงค์ในแอปพลิเคชันหมอพร้อมหลังจากฉีดวัคซีนผ่านไปในวันที่ 1, 7, 30 กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์และได้เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ถ้าอาการไม่รุนแรงให้มีการบันทึก AEFI1 รายงานเข้าระบบ AEFI-DDC ผลการรวบรวมข้อมูลรายงานสรุปสถานการณ์ของจังหวัด ผลพบว่าเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน จำนวน 11,792 ราย (ร้อยละ 3.32) ผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 314 ราย (ร้อยละ 0.09) ผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ขั้นรุนแรง (Serious AEFI) 52 ราย (ร้อยละ 0.016) โดยไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตหลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19

ผลการประเมินความเข้าใจของผู้รับผิดชอบศูนย์ฉีดวัคซีนระดับอำเภอ พบว่าความเข้าใจในรูปแบบการบริหารบริการวัคซีนโควิด-19 โดยรวม ก่อนการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนผลการเปรียบเทียบความเข้าใจในให้บริการของระบบของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ก่อนและหลังการดำเนินงานตามรูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .001$) โดยที่หลังการพัฒนาแบบการบริหารบริการวัคซีนโควิด-19 มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาแบบ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในให้รูปแบบการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระดับอำเภอ

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ (n=30)		หลังใช้รูปแบบ (n=30)		Mean Difference	95% CI of the difference		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		Lower	Upper		
ความเข้าใจ	12.76	2.84	19.41	1.05	-6.65	-5.7616	-4.3237	-14.115	<.001

* $p < .05$ level

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบทั้งกลุ่มบุคลากรและภาคีที่เกี่ยวข้องพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ	ก่อนใช้รูปแบบ (n=30)		หลังใช้รูปแบบ (n=30)		Mean Difference	95% CI of the difference		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		Lower	Upper		
บุคลากร	12.76	2.84	19.41	1.05	-6.65	-5.7616	-4.3237	-14.115	<.001
ภาคีที่เกี่ยวข้อง**	14.53	2.54	19.87	1.32	-7.42	-5.3247	-4.2153	-15.237	<.001

* $p < .05$ level

**ภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน

อภิปรายผล

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าประสิทธิภาพของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคนั้น นอกจากมาตรการสำคัญในการป้องกันการระบาดโรคโควิด-19 ซึ่งประกอบด้วย ประชาชนรักษามาตรการส่วนบุคคล การควบคุมโรคขั้นพื้นฐาน สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการการล็อกดาวน์ การเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อจำกัดการระบาดของโรค และการจัดทำแผนเตรียมรับการระบาดครั้งใหม่แล้ว โดยผู้สูงอายุการมีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และการได้รับวัคซีนไม่ครบตามจำนวน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 (Dooling, Kathleen, et al., 2021., ANDREWS, Nick, et al., 2022 and Maneesriwongul, Wantana, et al., 2022) จึงถือว่าการให้บริการวัคซีนเป็นมาตรการการ ป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้สถานการณ์ที่ต้องฉีดวัคซีนครอบคลุมร้อยละ 70 ถึงจะเกิดภูมิคุ้มกันหมู่(Herd Immunity) ทั้งนี้การบริหารบริการวัคซีนยังมีจำกัดของจำนวนวัคซีนที่ได้รับสนับสนุน ซึ่งคิดจากยอดจองการฉีด และการไม่สามารถเลือกวัคซีนได้ รวมถึงการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งเน้นผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค ก่อนขยายไปยังกลุ่มเป้าหมายต่อไป คือประชาชนทั่วไป และชาวต่างชาติ รวมทั้งการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมายถึงการตัดสินใจฉีดดีกว่าไม่ฉีด เป็นต้น โดยหากประชาชนได้รับวัคซีนที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ จะสามารถป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี นี้ ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในจังหวัดสุราษฎร์ธานีได้รับการฉีดวัคซีนที่รวดเร็ว ถูกต้องและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่รัฐบาลกำหนด ภายใต้ปัจจัยสำคัญคือการจัดหาวัคซีนให้ทันเวลาในช่วงการระบาดของโรค การจัดเก็บรักษาวัคซีนไม่ให้วัคซีนเสื่อมสภาพ การกระจายวัคซีนไปตามแหล่งฉีดต่างๆ รวมทั้งการติดตามการเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับวัคซีน การให้คำปรึกษาเครือข่าย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanongdech (Sanongdech, 2022) และ Jindapan (Jindapan, 2023) ที่พบว่าการมีกลยุทธ์การบริหารจัดการวัคซีนที่ดีจะสามารถจัดการบริการวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากผลลัพธ์ของรูปแบบนี้สามารถนำระบบนี้ ไปใช้กรณีเกิดโรคระบาดอื่นๆ ต่อไปได้

โดยสรุปผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการบริหารบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี สามารถสร้างความครอบคลุมการเข้าถึงบริการวัคซีนที่จะนำไปสู่การยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือตัดวงจรการแพร่ระบาดของเชื้อในพื้นที่ลงได้ โดยปัจจัยของผลสำเร็จบริการวัคซีน เกิดจากการบูรณาการการบริหารบริการวัคซีนภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและการพัฒนาระบบที่ส่งต่อการเข้าถึงบริการวัคซีน ที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยรูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการนำเอารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการบริหารบริการวัคซีนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่นๆ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีคุณภาพมาตรฐาน อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนตามเป้าหมายสูงสุดของการบริการขององค์กรสุขภาพต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบริหารบริการวัคซีนแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ความครอบคลุมของการรับบริการวัคซีนเพิ่มขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะต่อการบริหารบริการวัคซีนเพื่อให้เกิดการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคี/องค์กรเครือข่ายด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดประสานความร่วมมือกันในการพัฒนางานสุขภาพของประชาชน โดยใช้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาปัญหาและวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

2. สถานบริการสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารบริการวัคซีนภายใต้การพัฒนา รูปแบบบริการแบบมีส่วนร่วม และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการจัดบริการ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งการดำเนินวิจัยดำเนินการภายใต้รูปแบบการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการวิจัยจึงนับเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สามารถดำเนินวิจัยได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ถือเป็นประสบการณ์ที่สามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศไปสนับสนุนการศึกษาวิจัยในอนาคตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารการแพทย์สาธารณสุขในทุกกระดับที่สนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้ จนผล การศึกษาวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกประการ

รายการอ้างอิง

- ANDREWS, Nick, et al. (2022). Covid-19 vaccine effectiveness against the Omicron (B.1.1.529) variant. *New England Journal of Medicine*, 386(16), 1532-46.
- Bureau of General Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Guideline for COVID-19 Vaccine in Situation of Pandemic in Thailand Year 2022*. Revised 2nd. TS Interprint Co., Ltd.
- Burin Jindapan. (2023). Vaccination Data Management Program by Platform Kalasin Ready. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(1), 30-38.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Corona Virus 2019 Situation Report*. Retrieved April 30, 2021, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *The Vaccine Storage Capacity Standard for COVID-19 Vaccine*. Retrieved September 2, 2021, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Dooling, Kathleen, et al. (2021). The Advisory Committee on Immunization Practices' updated interim recommendation for allocation of COVID-19 vaccine-United States, December 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2021, 69.51-52: 1657.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods. 41*, 1149-60.
- Maneesriwongul, Wantana, et al. (2022). *Translation and psychometric testing of the Thai COVID-19 vaccine literacy scale. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26*(1), 175-186.
- Signorelli C, Scognamiglio T, Odone A. (2020). *COVID-19 in Italy: impact of containment measures and prevalence estimates of infection in the general population. Acta biomedica: Atenei Parmensis. 91*(3-S), 175-179.
- Supaporn Sanongdech. (2022). The Development of a COVID-19 Vaccine Management System in Loei Province. *Loei Hospital Academic Publications, 1*(1).
- World Health Organization. (2019). *Novel Corona Virus 2019*. Retrieved November 5, 2021, from [https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2021](https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019), from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2021>
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 as a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) under the IHR*. Retrieved February 25, 2022, from <https://extranet.who.int/sph/COVID19-public-health-emergency-international-concernpheic-under-ihp>.
- World Health Organization. (2020). *Naming the coronavirus disease (COVID-2019) and the virus that causes it*. form [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
- Yadav, G., & Desai, T. N. (2016). *Lean Six Sigma: a categorized review of the literature. International Journal of Lean Six Sigma, 7*(1), 2-24.

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม

หัตสยาพร อินทยศ, กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู, โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่, e-mail; hutsaya112@gmail.com
ฤทธิพล สมฤทธิ์, กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม, โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่,
e-mail; jochikava_akira@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงล้มที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลองในปี พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 จำนวน 26 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบบันทึกการทดสอบความสามารถในการทรงตัว แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เชลเอตี้แอล แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการหกล้มของผู้สูงอายุ แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ แบบบันทึกการติดตามการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ คู่มือการออกกำลังกาย ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการหกล้มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสนับสนุนว่าโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ทำให้ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น ลดการหกล้ม ขณะที่นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นมีบทบาทสำคัญในการให้การกระตุ้น สนับสนุน เสริมแรงให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรมการออกกำลังกาย, การสนับสนุนทางสังคม, ความสามารถในการทรงตัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม

The Effects of Exercise Program with Social Support on Balance among the Fall-Risk Elderly

Hutsayaporn Intayos, Rehabilitation Department, Long Hospital, Phrae Province, e-mail;
hutsaya112@gmail.com

Rittipon Somrit, Primary and Holistic Care Department, Long Hospital, Phrae Province, e-mail;
jochikava_akira@hotmail.com

Abstract

This quasi-experimental research examines the effects of an exercise program applied with social support on the balance ability of the fall-risk elderly. The sample consisted of the fall-risk elderly living in the area of responsibility of Long Hospital in 2022. The sample size was determined using the G*Power 3.1.9.4 program, with 26 participants selected by purposive sampling. The research tools were an exercise program designed to improve balance in older adults at risk for falls, based on a literature review and application of social support theory. Data collection tools included the Thai-FRAT, the Timed Up & Go test, the Barthel ADL index, a personal information interview form, elderly fall record form, a home visit record form, a physical exercise tracking record form by volunteer caregivers, telephone follow-up record form, and an exercise booklet. The reliability of these tools ranged from 0.67 to 1.00. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank Test.

The results revealed that after participating in the program, the sample's ability to maintain balance was significantly better than before participating in the program ($p < .05$). And there were significantly fewer falls after participating in the program ($p < .05$). In addition, no falls or hip fractures occurred in the sample between 6 and 12 months after participation in the program. This suggests that the exercise program developed, in conjunction with social support, encourages older people at risk of falls to exercise appropriately and regularly. Improves balance skills and reduces falls. Physical Therapists or other Health Care Professionals play an important role in encouraging, supporting, and reinforcing continuous exercise.

Keyword: Exercise Program, Social Support, Balance, Fall-Risk Elderly

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มประมาณ 684,000 คน เป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ การเสียชีวิตจากการหกล้มเกิดขึ้นในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คิดเป็นร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในทุกภูมิภาคของโลก โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2021) สำหรับประเทศไทยผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 30 หกล้มทุกปี และร้อยละ 20 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ สาเหตุส่วนใหญ่จากการลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน (Injury Prevention Division, Ministry of Public Health, 2020) ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มวันละกว่า 140 ครั้ง และมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ยวันละ 2 คน การบาดเจ็บที่พบบ่อยคือ กระดูกสะโพกหักหรือแตก ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้พิการและเสียชีวิต (Institute of Emergency Medicine, 2019)

การหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบท คือ 1) ปัจจัยภายใน จำแนกเป็นปัจจัยภายในบุคคลด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับการสูงวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย การมองเห็นไม่ชัดเจนจากต้อกระจก สายตาสั้นผิดปกติ โรคประจำตัวที่ทำให้มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เสียสมดุลได้ง่าย และภาวะทุพโภชนาการ (Noopud, Phrom-On, Worade., & Chaimay, 2020) ความเสี่ยงด้านชีวภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 5 ปี ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มที่เกิดขึ้นนอกบ้าน เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชาย (Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil, & Lapmanee, 2019) และปัจจัยภายในบุคคลทางด้านจิตใจและพฤติกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ไข้ยารักษาโรค หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีภาวะสุขภาพไม่ดี ทำให้การรับรู้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Trongsakul & Vimolratana, 2018) และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย บ้านที่มีพื้นลื่น รวมถึงบ้านที่ยกพื้นสูง (Lecktip, Woratanarat, Bhubhanil, & Lapmanee, 2019; Wongsawang, Jeenkhawkhum, Boonsiri, Melarplont, Somboonsit, Khamthana, et al, 2017) จะเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มนั้นมีบางปัจจัยที่สามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถทำได้โดยการออกกำลังกายที่ส่งเสริมการเดินและการทรงตัว การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวแบบ 3 ระนาบ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง การลดละเลิกยาที่มีผลต่อจิตประสาท การใช้รองเท้าและแผ่นรองรองเท้าที่เหมาะสม รวมถึงการประเมินและปรับสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัย (Injury Prevention Division, Ministry of Public Health, 2020.; Sherrington, Michaleff, Fairhall, Paul, Tiedemann, Whitney, et al, 2017) และงานวิจัยหลายเรื่องพบปัจจัยที่ทำให้เกิดความยั่งยืนและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุคือการได้รับการเสริมพลังทางบวกจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Okoye et al, 2022; Pongaumpai, 2017; Lindsay et al, 2017) สำหรับในผู้สูงอายุที่เสี่ยงล้มงานวิจัยของ Okoye et al (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มลดความกลัวที่จะหกล้ม มั่นใจในตนเอง สามารถออกกำลังกายได้ดีขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความห่วงใย ความไว้วางใจ ความผูกพันต่อกันมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของหรือให้บริการ ด้านข้อมูลข่าวสาร

และด้านการประเมินและการสะท้อนคิด (Appraisal Support) (House, 1981) ดังนั้นการผสมผสานโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตำบลห้วยอ้อ อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ (Somrit & Intayos, 2020) พบความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มที่ผ่านมากับการไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 5 วัน ต่อสัปดาห์ ประกอบกับข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ มีการหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเป็นจำนวนมากเป็นลำดับที่สาม หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ร้อยละ 25) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลห้วยอ้อ (Orthopedic Department, Phrae Hospital, 2022) และยังไม่พบการศึกษาที่มีประสิทธิภาพที่จะส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ารับผลิตขอโรงพยาบาลลองที่มีภาวะเสี่ยงล้มมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ จากช่องว่างของงานวิจัยดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) โดยเน้นให้ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและชุมชนมีความรู้ สามารถให้คำแนะนำและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงส่งผลให้มีความสามารถในการทรงตัวที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มมีความสามารถในการทรงตัวหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ดีขึ้นกว่าการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 หลักคือ 1) การสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้วยการเยี่ยมบ้าน สนทนาให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ผลกระทบจากการหกล้ม การแก้ไข การป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม การมอบคู่มือออกกำลังกาย และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ด้านอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการ การสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ผ่านการติดตามการออกกำลังกายที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ การติดตามผ่านทางโทรศัพท์สอบถามปัญหาในการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อ และการติดตามเยี่ยมบ้านของคณะผู้วิจัย 2) โปรแกรมการออกกำลังกาย ด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ 3 ท่า และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 7 ท่า ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน 3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จากนั้นประเมินการทรงตัวของผู้สูงอายุเวลาจากความสามารถในการทรงตัวและจำนวนครั้งในการหกล้ม ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest One Group Design) เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565-มิถุนายน พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลองในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 108 คน ประเมินขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลตามงานวิจัยของ Thinchana (2016) ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน คือขนาดอิทธิพล 0.60 อำนาจการทดสอบ 0.80 ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) เป็นผู้สูงอายุชาวไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 60-80 ปี 3) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลลอง 4) สามารถเดินได้ด้วยตนเอง หรือเดินได้โดยใช้เครื่องช่วยเดิน 5) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (Thai Falls Risk Assessment Test; Thai-FRAT 4 คะแนนขึ้นไป) 6) ใช้เวลาในลุกเดินจากเก้าอี้แล้วกลับมาที่นั่งเดิมในระยะทาง 3 เมตร (Timed Up & Go test; TUG) ตั้งแต่ 13.50 วินาที ขึ้นไป 7) สามารถใช้ชีวิตประจำวันเองได้ตามปกติ (Barthel ADL Index=20)

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีอาการทางระบบประสาทหรือเคยมีประวัติอาการทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ชัก หรือมีการบาดเจ็บทางสมอง 2) มีภาวะจิตบกพร่องโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 3) มีภาวะโรคหัวใจที่ไม่ได้รับการควบคุม 4) มีภาวะปอดอุดกั้นหรือภาวะปอดขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน 5) มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้ควบคุม 6) เป็นโรคกลุ่มอาการเมแทบอลิกที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เบาหวาน ไทรอยด์ อ้วน 7) ปัจจุบันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นเวลา 2 เดือนขึ้นไป 8) ไม่มีประวัติหกล้มตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

เกณฑ์ให้เลิกจากการวิจัย ได้แก่ 1) มีความประสงค์จะยุติจากการวิจัย 2) ในช่วงของการวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น รู้สึกไม่สบายและมีอาการผิดปกติทางร่างกายอย่างรุนแรง หรือเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เป็นอันตรายหรือเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและการติดตามเยี่ยมบ้าน 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้การทดลอง

1. โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ประกอบด้วยท่าที่เสริมสร้างความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและลำตัวร่วมกับการพัฒนาการทรงตัวด้วยการลดฐานรองรับน้ำหนัก การปรับเคลื่อนจุดศูนย์ถ่วงให้สูงขึ้น หรือออกจากกึ่งกลางของฐานรองรับโดยเอื้อมในทิศทางต่าง ๆ และมีการเคลื่อนไหวของข้อเท้า ความถี่การออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที โดยจัดทำเป็นคู่มือภาพประกอบคำบรรยาย มี 4 ส่วน คือ ข้อแนะนำและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย การเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ 3 ท่า การเพิ่มการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 7 ท่า และบันทึกการออกกำลังกาย ท่าทางที่ใช้ในการออกกำลังกายประยุกต์จาก Otago, Grant, and Birch (2019) และ Lapanantasin, Techovanich, Na Songkhla, Odglun, and Wikam (2015)

2. การสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความมั่นใจ ทักษะ สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม ประกอบด้วย 1) แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ผลกระทบจากการหกล้ม การแก้ไขการป้องกันการหกล้ม และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดำเนินการทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ โดยในส่วนของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มเนื้อหาด้านการเสริมสร้างความมั่นใจในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งในกลุ่มอาสาสมัครจะมีการจัดอบรมก่อนที่จะเริ่มโปรแกรมการทดลอง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นการสอนและแนะนำรายบุคคลที่บ้าน 2) แผนการติดตามการออกกำลังกายที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลผู้สูงอายุ ติดตามสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ 3) แผนการติดตามการออกกำลังกายผ่านทางโทรศัพท์ของคณะผู้วิจัย ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 8 สัปดาห์ 4) แผนการติดตามเยี่ยมบ้านของคณะผู้วิจัย ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 4-5 และ ในสัปดาห์ที่ 7-8 ซึ่งตลอดโปรแกรมจะมีสนับสนุนด้านความรู้ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการ เป็นการทบทวนหรือเตือนความจำในท่าทางการออกกำลังกาย ในรายที่เสี่ยงต่อการล้มมากจะสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน ด้านอารมณ์คือการพูดคุยให้กำลังใจ เสริมสร้างความมั่นใจ การสะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง ในการออกกำลังกายตามแผน หรือการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เป็นความเสี่ยง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 8 ตอน โดยเครื่องมือในตอนที่ 5-8 สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมิน Thai-FRAT ที่พัฒนาโดย Thiamwong, Thamapirat, Maneesriwongul, and Jitapunkul (2008) คำถามประกอบด้วย เพศ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยาหลายประเภทร่วมกัน ประวัติการพลัดตกหกล้ม และการอาศัยอยู่ในบ้านไทย คะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 11 คะแนน จุดตัดที่ดีที่สุดมีคะแนนเท่ากับ 4 มีค่าความไวและความจำเพาะ เท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับ

2. แบบทดสอบการเดินและการทรงตัว ด้วยการทดสอบ TUG ที่พัฒนาโดย Podsiadlo and Richardson (1991) ให้เริ่มบันทึกเวลาตั้งแต่ลุกจากเก้าอี้เดินไปข้างหน้าและเดินอ้อมกรวยกลับมาในที่เดิมเป็นระยะทาง 3 เมตร การศึกษาของ Shumway-Cook, Brauer, and Woollacott (2000) พบค่าตัดแบ่งสำหรับการทดสอบ TUG ด้วยเวลา 13.5 วินาที แสดงค่าความไว (Sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (Specificity) สูงถึง ร้อยละ 87

3. การประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย Chitaphankul (1999) ประเมินกิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ คะแนนรวม 0-20 คะแนน ดัชนีการช่วยเหลือตนเอง (Intraclass correlation coefficient: ICC) เท่ากับ 0.87 และดัชนีการเคลื่อนไหว (ICC) เท่ากับ 0.86 แปลผล ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมไม่ได้ (0-4 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้น้อย (5-8 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ปานกลาง (9-12 คะแนน) ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมได้ดี (12-20 คะแนน)

4. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ประยุกต์จาก Pongumpai (2017) มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ได้แก่ อายุ เพศ การนับถือศาสนา ประวัติการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ปัญหาด้านสายตา/การเดิน/การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนและสาเหตุของการหกล้ม ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม เป็นคำถามเกี่ยวกับลักษณะบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยและสิ่งแวดล้อมโดยรอบบ้าน

5. แบบบันทึกการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ส่วน คือ วันที่หกล้ม สถานที่หกล้ม สาเหตุการหกล้ม ผลของการหกล้ม และสถานที่รักษาอาการหกล้ม

6. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบและการเติมคำตอบสั้น ๆ 8 ส่วน คือ วัน/เดือน/ปี ที่ออกเยี่ยม ลักษณะพื้นที่ห้อง ลักษณะบันไดและทางต่างระดับ ลักษณะห้องนอน ลักษณะห้องน้ำที่ผู้สูงอายุใช้ประจำ ลักษณะห้องครัว สิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้าน และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

7. แบบบันทึกการติดตามการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดย อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบและการเติมคำตอบสั้น ๆ 3 ส่วน คือ วัน/เดือน/ปี ที่ออกติดตาม ความถี่ในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ความถูกต้องของการฝึกการออกกำลังกายโดยการให้ผู้สูงอายุทำการสาธิตท่าออกกำลังกายย้อนกลับ

8. แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นแบบเลือกตอบและการเติมคำตอบสั้น ๆ 5 ส่วน คือ วัน/เดือน/ปี ที่ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาได้ออกกำลังกายหรือไม่/ กี่ครั้งต่อสัปดาห์ อาการผิดปกติหลังการออกกำลังกาย เช่น อาการปวดตามร่างกาย หากมีอาการผิดปกติได้ดำเนินการแก้ไขอย่างไร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ (ในประเด็นที่เป็นปัญหา) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและยืนยันการนัดครั้งต่อไป (ทั้งการโทรศัพท์และการพบเยี่ยมบ้าน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างการทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเสี่ยงล้มและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในข้อที่ 4-9 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี มีประสบการณ์การทำวิจัยในผู้สูงอายุ รวมถึงมีความเชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์กายภาพบำบัด 1 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง .67-1.00 ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับ อสม.

ผู้ดูแลผู้สูงและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ในตำบลปากกาง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติจริงของอสม.และผู้สูงอายุ พร้อมทั้งตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินการ ประเมินความพึงพอใจในการใช้งานของ อสม. และผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 1 โดยไม่มีผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บหลังการออกกำลังกาย ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลข้อที่ 1-3 ไม่ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานทางคลินิกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของงานดูแลผู้สูงอายุ
2. คณะผู้วิจัยขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขทำการติดต่อผู้สูงอายุในรายชื่อดังกล่าวเพื่อขออนุญาตวันเวลาในการเข้าพบในวันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรับฟังการชี้แจงการดำเนินการวิจัย
3. เมื่อถึงวันจัดกิจกรรม คณะผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุที่คาดว่าจะเป็อาสาสมัครมารับฟังรายละเอียดของโครงการวิจัย ให้เวลาในการตัดสินใจและเปิดโอกาสให้ปรึกษาครอบครัวก่อน โดยขออนุญาตโทรสอบถามผลการยินยอมในวันถัดไป ทั้งนี้คณะผู้วิจัยจะทำการโทรศัพท์ซ้ำเพียง 2 ครั้ง ในกรณีที่การติดต่อครั้งแรกไม่มีผู้รับสาย เพื่อไม่เป็นการรบกวนผู้สูงอายุที่คาดว่าจะเป็อาสาสมัคร
4. คณะผู้วิจัยพบกลุ่ม อสม.ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายที่ห้องประชุมโรงพยาบาลลอง ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโควิด-19 หัวข้อประกอบด้วย บรรยายปัญหาปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการหกล้ม บทบาท อสม.ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความมั่นใจในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ การบันทึกการเฝ้าติดตามการออกกำลังกาย ข้อมูลการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้านระหว่างการทดลอง เปิดโอกาสการซักถาม และนัดหมายการติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4-5
5. ก่อนการทดลองคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ การทดสอบ TUG การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การประเมินกิจวัตรประจำวัน สอนออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม มอบคู่มือการออกกำลังกาย สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุ สนทนาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ผลกระทบจากการหกล้ม การแก้ไข การป้องกันการหกล้มและการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อครอบครัว
6. อสม. ผู้ดูแล ติดตามที่บ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน และคณะผู้วิจัย ติดตามทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
7. สัปดาห์ที่ 4-5 การเยี่ยมบ้าน คณะผู้วิจัยและ อสม. ผู้ดูแล ติดตามและสังเกตการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในประเด็นที่เป็นจุดเสี่ยง เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็น ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ร่วมค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว ในกรณียังไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลคณะผู้วิจัยจะกล่าวให้

กำลังใจ และกระตุ้น อสม. ผู้ดูแล และญาติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อครอบครัว

8. สัปดาห์ที่ 7-8 การเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุคณะผู้วิจัยและ อสม. ผู้ดูแล ดำเนินกิจกรรมเหมือนการเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4-5 และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

9. ปลายสัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมกลุ่มใช้เวลา 3 ชั่วโมง ทบทวนความรู้และทักษะในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สรุปกิจกรรม กล่าวขอบคุณและสิ้นสุดการทดลอง จากนั้นทดสอบความสามารถในการทรงตัวหลังการทดลอง และขอรวบรวมเอกสารจาก อสม. ผู้ดูแล และแบบบันทึกการหกล้มจากผู้สูงอายุ

10. หลังครบ 8 สัปดาห์ ติดตามอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือนหลังได้รับโปรแกรมฯ จากนั้นคณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลักษณะของข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบเวลาในการทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ และจำนวนครั้งในการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No.018/2565 รับรองวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือขอยุติการร่วมวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและคณะผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมจะขอให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.62 อายุเฉลี่ย 70.65 ปี (SD.=5.78) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 57.69 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.08 สมรส/อยู่กับคู่ชีวิต ร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.69 มีรายได้เฉลี่ย 1,811.54 บาท (SD.=1,906.48) ทุกคนมีโรคประจำตัว คือ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 28.85 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.92 รับประทานเป็นประจำ 1 ชนิด ร้อยละ 42.31 ไม่มีปัญหาด้านสายตา ร้อยละ 57.69 ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการทรงตัว คือ เดินเซบางครั้ง ร้อยละ 73.08 ใช้เครื่องช่วยเดิน ร้อยละ 30.77 ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.46 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา มีการหกล้มนอกบ้าน ร้อยละ 50 รองลงมาภายในบ้าน

ร้อยละ 38.46 สาเหตุ คือ เสียการทรงตัว ร้อยละ 31.71 รองลงมาคือ สะดุดกิ่งไม้/สิ่งกีดขวาง/พื้นต่างระดับ ร้อยละ 29.27

2. ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการทดสอบความสามารถในการทรงตัว (TUG) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 17.22 วินาที (SD.=5.20, min-max 13.59-30.92) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 13.94 วินาที (SD.=5.25, min-max 7.46-27.15) และค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 2.85 ครั้ง (SD.=2.17, min-max 2-10) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 0.15 ครั้ง (SD.= .54, min-max 0-2)

3. การเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว (TUG) และจำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ การออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการหกล้มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตาราง 1

ตาราง การเปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัว (TUG) และจำนวนครั้งในการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=26 คน)

ตัวแปร		หลังเข้าร่วมโปรแกรม- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			
		n	Mean Rank (Sum of Ranks)	z	p-value
Timed Up & Go test (วินาที)	Negative Ranks	25	13.32 (333.00)	-4.000	.000*
	Positive Ranks	1	18 (18.00)		
	Ties	0			
การหกล้ม (ครั้ง)	Negative Ranks	26	13.50 (351.00)	-4.720	.000*
	Positive Ranks	0	0.00 (.00)		
	Ties	0			

* $p<.05$

4. ผลการติดตามอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างย้ายออกพื้นที่ไป 1 รายในช่วงเดือนที่ 5 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ 25 คน ไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยยังพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีการหกล้มลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และไม่พบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มข้อสะโพกหักช่วง 6 เดือน และ 12 เดือนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งสนับสนุนว่าโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ ทำให้ความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น ลดการหกล้ม สอดคล้องกับ Lapanantasin,

Techovanich, Na Songkhla, Odglun, and Wikam (2015) พบว่า ความสามารถในการทรงตัวภายหลังได้เข้าร่วมโครงการและนำไปปฏิบัติดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม และสอดคล้องกับ Pongaumpai (2017) พบว่าความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุดีขึ้นกว่าก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว

จากผลการศึกษาการออกกำลังกายประกอบด้วย 1) การรวมการเสริมสร้างความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและลำตัว 2) การลดฐานรองรับน้ำหนักด้วยการยืนต่อเท้าและการยืนขาเดียว 3) การเคลื่อนที่ออกจากจุดศูนย์ถ่วงของร่างกายให้ฐานรองรับใกล้เคียงและควบคุมการทรงท่าขณะยืน 4) การฝึกยืนด้วยการโดยไม่ใช้แขนพยุง หรือหากไม่สามารถทำได้ ให้เพิ่มการพึ่งพาแขนส่วนบน ซึ่งเป็นการลดฐานรองรับน้ำหนัก มีความยากของท่าทางขึ้นเรื่อย ๆ และ 5) มีการเคลื่อนไหวของข้อเท้า โดยโปรแกรมการออกกำลังกายเน้นท่าทางและอุปกรณ์ที่สามารถออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านได้ จะเห็นได้ว่าท่าทางที่ใช้เป็นการเสริมสร้างความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านชีวกลศาสตร์ที่มีผลต่อการทรงตัว และการฝึกการควบคุมบริเวณข้อเท้า จึงช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่เสี่ยงล้มได้ (Lapanantasin, Techovanich, Na Songkhla, Odglun, & Wikam, 2015) สอดคล้องกับคำแนะนำจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อหุ้มเกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มของ Sherrington, Michaleff, Fairhall, Paul, Tiedemann, Whitney, et al, (2017) ทั้งนี้งานวิจัยนี้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยเน้นให้ผู้ดูแลทั้งในครอบครัวและชุมชนรับรู้ข้อมูลความเสี่ยงและแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การแนะนำ ให้กำลังใจและกระตุ้นการออกกำลังกาย ซึ่งมีข้อสังเกตจากการวิจัยคือในระยะแรกของการให้โปรแกรมการออกกำลังกายมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ออกกำลังกาย ซึ่งการมีแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งคนในชุมชน ครอบครัว และคณะผู้วิจัยคอยกระตุ้นเตือนให้ข้อมูล ให้กำลังใจและสะท้อนคิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับและการศึกษาของ Okoye et al (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม มั่นใจในตนเอง สามารถออกกำลังกายได้ดีขึ้น สำหรับการคงผลของการออกกำลังกายในระยะยาวควรแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำแนะนำของ American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011) ที่เสนอแนะแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ด้วยการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของบ้าน การออกกำลังกายโดยเฉพาะการฝึกการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการเดิน โดยได้จัดไว้ในระดับของคำแนะนำมีประโยชน์สูงของแนวปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. นักกายภาพบำบัด หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรใช้กลวิธีที่หลากหลายร่วมกัน ทั้งให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการ การสะท้อนคิดหรือสนับสนุนการประเมินตนเอง ผ่านการติดตามการออกกำลังกายที่บ้านของ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้าน การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ควรเป็นการออกกำลังกายที่เสริมสร้างความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและลำตัวร่วมกับการทำท่ายากการพัฒนาการทรงตัวด้วยการลดฐานรองรับน้ำหนัก การปรับเคลื่อนจุดศูนย์ถ่วงให้สูงขึ้น หรือออกจากกึ่งกลางของฐานรองรับโดยเอื้อมในทิศทางต่าง ๆ และมีการเคลื่อนไหวของข้อเท้า และการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ผลักดันการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการดูแลสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนาในรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ติดบ้าน โดยเครือข่ายครอบครัว ผู้ดูแลหรือรูปแบบของอาสาสมัคร และติดตามการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยอาจติดตามด้วยการใช้เทคโนโลยี เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางไกล (Telerehabilitation) หรือการโทรศัพท์แบบเห็นภาพ (VDO Call)

รายการอ้างอิง

- American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148-157.
- Chitaphankul, S. (1999). An analysis of the elderly In Chitaphankul, S. (Eds.), *Key principles of geriatric medicine* (pp. 85-86). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- House, J.S. (1981). The nature of social support In M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Injury Prevention Division, Ministry of Public Health. (2020). *Falls in the elderly: causes and prevention*. Retrieved March 3, 2022, from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf>. (in Thai)
- Institute of Emergency Medicine. (2019). *This afternoon, we have interesting information about the emergency illness of the elderly for our members*. Facebook. Retrieved March 3, 2022, from <https://www.facebook.com/niem1669/posts/2358652320840570/> (in Thai)
- Lapanantasin, S., Techovanich, W., Na Songkhla, P., Odglun, Y., & Wikam, S. (2015). Balance performance and fear of fall improvement for elderly women living in Ongkharak and Bang-lookseir subdistrict of Nakhonnayok province by a community-based service. *Thai journal of Physical Therapy*. 37(2). 63-77. (in Thai)
- Lecktip, C., Woratanarat, T., Bhubhanil, S., & Lapmanee, S. (2019). Risk factors for falls in elderly. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(1), 85-103. (in Thai)
- Lindsay Smith, G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G., & Van Uffelen, J. G. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-21.
- Mahoney FI. & Barthel DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State medical journal*, 14, 61-65.

- Noopud, P., Phrom-On, D., Worade., S., & Chaimay B. (2020). Prevalence of fall risk and factors associated with fall risk among elderly people. *Journal of Sports Science and Health*, 21(1), 125-137. (in Thai)
- Okoye, E. C., Onwuakagba, I. U., Akile, C. C., Okonkwo, U. P., Akosile, C. O., Mgbeojedo, U. G., Oyewumi, T. J., & Kubeyinje, O. S. (2022). Social Support, General Self-Efficacy, Fear of Falling, and Physical Activity Among Older Adults in a Middle-Income Country. *Gerontology & geriatric medicine*, 8, 23337214221097750.
- Orthopedic Department, Phrae Hospital. (2022). *Report of service recipients of hip fracture elderly fiscal year 2019-22*. Phrae Hospital. (in Thai)
- Otago, Grant R., & Birch N. (2019). *Otago strength and balance training exercise programme*. Retrieved March 2, 2022 from <https://az659834.vo.msecnd.net/eventsairaeuprod/production-themeetinglab-public/30b7f65d3910462394c30817657bcb4d4>
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 39(2), 142-148.
- Pongumpai, P. (2017). *The Effects of Family Empowerment Program on Fall Prevention Capabilities of the Elderly*. (Master’s thesis of Nursing Science). Chistian University. (in Thai)
- Sherrington, C., Michaleff, Z. A., Fairhall, N., Paul, S. S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R. G., Herbert, R. D., Close, J., & Lord, S. R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51(24), 1750–58.
- Shumway-Cook A, Brauer S, & Woollacott M. (2000). Predicting the probability for falls in community dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther*, 80(9), 896-903.
- Somrit, R., & Intayos, H. (2020, Aug 27). Factors related to falls among the elderly. In *The Academic conference for R2R/Research/CQI Project to develop personnel potential in health research into a learning organization*. (pp.1-11). Phrae Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND*, 91(12), 1823-31. (in Thai)
- Thinchana, N. (2016). *Effects of Home Promoting Program Using a Stretched Rubber Band on the Physical Fitness of the Elderly*. (Master’s thesis of Nursing Science), Prince of Songkla University. (in Thai)

- Trongsakul, S. & Vimolratana, O. (2018). Prevalence and associated factors of fall risk in Thai older people: a primary care-based study in Chiang Rai. *Journal of Current Science and Technology*, 8(2), 99-106.
- Wongsawang, N., Jeenkhawkhum, D., Boonsiri, C., Melarplont, S., Somboonsit, J., Khamthana, P., & Glomjai, T. (2017). Home Environmental Risks for Falls and Incidence of Falls in Older Adults. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 2492-06. (in Thai)
- World Health Organization. (2021). *Falls*. Retrieved March 3, 2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง

ณัฐพร รักณรงค์, โรงพยาบาลพระแสง, e-mail; pla_jingjung@windowslive.com

สุรีย์พร กฤษเจริญ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, e-mail; sureeporn.k@psu.ac.th

ศศิกันต์ กาละ, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, e-mail; napaporn.k@psu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง และอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จากบุคลากรสุขภาพ ต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นคลอดปกติและมีลูกอายุระหว่าง 2 ปี-2 ปี 6 เดือน จำนวน 100 ราย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) แบบสอบถามเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) แบบสอบถามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล 6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และ 7) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 3 โดยใช้สูตรของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดที่ 4-7 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .80, .90, และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณผลการศึกษา พบว่า

1. ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดามากที่สุดอยู่ที่ 3 เดือน จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 39) และน้อยที่สุดคือ 2 เดือน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 5) มีระยะเวลาเฉลี่ย 3.89 เดือน (SD.= .98)

2. เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\beta = .46, t=5.96, p<.01$) ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ($\beta = .34, t=3.48, p<.01$) และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = .20, t=2.12, p<.01$) สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 51 ($R^2 = .511$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(5,94)=19.64, p<.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือโปรแกรมส่งเสริมระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้ยาวนานขึ้นโดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว, มารดาวัยรุ่น

Factors Influencing Duration of Exclusive Breastfeeding Among Adolescent Mothers in Lower Southern Region

Natthaporn Raknarong, Phra Saeng Hospital, e-mail; pla_jingjung@windowlive.com
Sureeporn Kritcharoen, Prince of Songkla University, e-mail; sureeporn.k@psu.ac.th
Sasikarn Kala, Prince of Songkla University, e-mail; napaporn.k@psu.ac.th

Abstract

This study is predictive research, which aims to study duration of breastfeeding among adolescent mothers in lower southern region and study the predictability of mother's knowledge about breastfeeding and breastfeeding method, attitude and success on breastfeeding while in hospital, family support, health personnel support on duration of breastfeeding among adolescent mothers in lower southern region. The sample group consisted of adolescent mothers with normal births and children between the ages of 2 – 2.5 years old, 100 cases Data collection consisting of seven questionnaires, namely (1) personal information questionnaire (2) questionnaire for the only breastfeeding period of teenage (3) knowledge questionnaires about benefits of breast milk and breastfeeding methods (4) questionnaire for breastfeeding (5) questioning for success in breastfeeding while in hospital (6) family support questionnaires (7) support questionnaires from health personal. Check the content by 3 experts have tested the culmination of the 3rd tool by using the formula of Kuder-Richardson 20 (KR-20), the equality is .90 and test the accuracy of the tools that 4th-7th by Cronbach's Alpha Coefficient. The reliability values were .85, .80, .90, and .93, respectively. Data were analyzed by using frequency distribution, percentage and standard deviation. The predictive factors were analyzed using multiple regression analysis. The results showed that

1. Exclusive breastfeeding of adolescent mothers found that the sample group has the longest breastfeeding period adolescent mothers at 3 month and the shortest at 2 month ($M=3.89$, $SD=.98$)

2. The predictive variables were breastfeeding attitudes ($\beta=.46$, $t=5.96$, $p<.01$), successful breastfeeding in hospital ($\beta=.34$, $t=3.48$, $p<.01$), and breastfeeding support from family ($\beta=.20$, $t=2.12$, $p<.01$) predict the duration of breastfeeding of adolescent mothers at 51 percent ($R^2=.511$) with statistical significance ($F(5,94)=19.64$, $p<.01$).

Keywords: Duration of Exclusive Breastfeeding, Adolescent Mothers

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยในการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารกทั้งทางร่างกาย และจิตใจ นมแม่เป็นอาหารของลูกที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงสุด เหมาะสำหรับลูกมากที่สุด เป็นอาหารชนิดเดียวในโลกที่ไม่สามารถผลิตสารอาหารใดๆ ให้มีคุณภาพดีเท่าเทียมนมแม่ได้ เนื่องจากมีอิมมูโนโกลบูลินเอ (IgA) ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันโรค ช่วยป้องกันลูกจากโรคติดเชื้อต่างๆ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้ 3-5 เท่า (World Health Organization, 2019) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญมาก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานต่อไป ร่วมกับอาหารตามวัยจนครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2568 (World Health Organization, 2021) ในปีพ.ศ. 2562 มีการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานในทารกอายุ 0-6 เดือน เพียงร้อยละ 14.0 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย และเมื่อจำแนกเป็นรายภาค พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนานในทารกอายุ 0-6 เดือน ภาคกลาง ร้อยละ 8.0 ภาคเหนือ ร้อยละ 16.5 ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 14.2 และภาคใต้ ร้อยละ 14.1 โดยเฉพาะมารดาวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ยเพียง 5 สัปดาห์เท่านั้น ขณะที่อัตราการมีบุตรของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) เท่ากับ 51 คนต่อผู้หญิง 1,000 คน (National Statistical Office of Thailand, 2019)

มารดาวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความแตกต่างจากมารดาผู้ใหญ่ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ มารดาวัยรุ่นมีมุมมองต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามทัศนคติและความต้องการด้านจิตสังคมของตนเอง มารดาวัยรุ่นที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน ได้แก่ การเป็นมารดาครั้งแรก มีอายุน้อย อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาบุคคลอื่นและต้องรับบทบาทหลายด้าน ไม่มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และพัฒนาการของทารก ต้องกลับไปเรียนหนังสือหรือไปทำงาน มีภาวะหวั่นสั่น เจ็บหัวนม นมไม่เพียงพอ ทารกท้องเสีย รวมทั้งการไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหา ทำให้มารดาวัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (Chansiri, Phahuwatanakorn, & Yusamran, 2017; Konyoo, 2020) อีกทั้งมารดาวัยรุ่นจะมีพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถเอาลูกเข้าเต้าได้ถูกวิธีทำให้ไม่ประสบความสำเร็จ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้น โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่นครั้งแรกที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเป็นมารดา ไม่ตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และขาดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถือเป็นประสบการณ์ใหม่ที่มารดาวัยรุ่นครั้งแรกต้องเผชิญ ประกอบกับลักษณะของพัฒนาการตามวัยของมารดาวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน ตลอดจนระบบควบคุมความรู้ความเข้าใจ ที่ยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ การควบคุมตนเอง ความสามารถในการวางแผน การคิดล่วงหน้า และการตัดสินใจ เมื่อประสบกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บางรายรู้สึกหมดความอดทน รู้สึกหงุดหงิด ไม่สะดวกใจ ไม่อยากเลี้ยงลูกด้วยนมต่อไป จึงตัดสินใจล้มเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งภาระหน้าที่ตามวัย เช่น การเรียนหนังสือ ซึ่งอาจทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น (World Health Organization, 2021; Chansiri, Phahuwatanakorn, & Yusamran, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่น จากการศึกษาของ Rueangseeree & Kankarn (2019) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายความแปรปรวนของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยได้ร้อยละ 49.9 และยังพบว่า ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการสนับสนุนของครอบครัว คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดก่อนได้รับโปรแกรมมีความรู้ระดับปานกลาง และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับดี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Plodpluang, Srichan, & Kaewpraphan, 2016) และการศึกษาของ Lorrhana, Sinsuksai, & Phahuwatanakorn (2018) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูง มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 4 สัปดาห์หลังคลอด เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า ซึ่งพบว่า คะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 3-7 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.12 (SD.=1.13) และร้อยละ 53.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด (คะแนนเท่ากับ 7) อธิบายได้ว่า มารดาวัยรุ่นที่มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความมุ่งมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ถึงแม้จะประสบกับปัญหาอุปสรรคใดๆ เช่น อาการเจ็บหัวนม หัวนมแตก คัดตึงเต้านม หรือทารกร้องกวน เป็นต้น มารดาก็จะอดทนและพยายามหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ อย่างไรก็ตามการที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เป็นระยะเวลานานนั้น เกิดจากการที่มารดาได้รับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาล เนื่องจากทำให้มารดารู้สึกมั่นใจและภูมิใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง พบว่า การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากเจ้าหน้าที่ในระยแรกหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยนานถึง 6 เดือน (Pereira, Oliveira, Andrade, & Brito, 2017)

การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยศึกษาโดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นที่ระดับปานกลางขึ้นไป ($r \geq .40$) (Saks & Allsop, 2012) มี 5 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล 4) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและ 5) การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง ทำให้สามารถนำปัจจัยเหล่านั้นไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลไปส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง เพื่อให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดและทารกมีสุขภาพที่ดีต่อไป

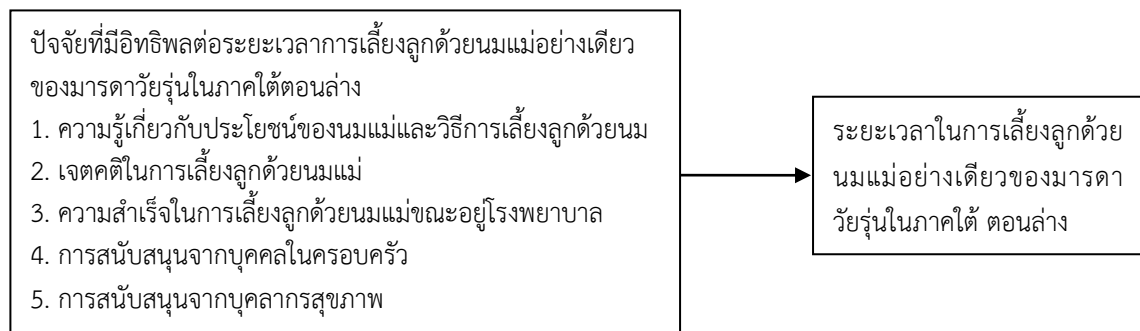
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยในมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ของมารดาวัยรุ่นที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจัยบางประการซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น ตั้งแต่ในระดับปานกลางขึ้นไป ($r \geq .40$) (Saks & Allsop, 2012) คือ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ มาใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่างได้



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นที่คลอดปกติและมีลูกอายุระหว่าง 2 ปี-2 ปีครึ่ง ที่อาศัยในภาคใต้ ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาวัยรุ่นคลอดปกติและมีลูกอายุระหว่าง 2 ปี-2 ปีครึ่ง ที่นำลูกมาตรวจโรคทั่วไปและฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดี แผนกผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. มารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ที่มีลูกอายุระหว่าง 2 ปี-2 ปีครึ่ง ที่อาศัยในภาคใต้ตอนล่าง
2. มารดา ทารก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องแยกจากกันในระยะหลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนออกจากโรงพยาบาล
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยระยะหลังคลอดและมารดาหรือทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถให้นมแม่ได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression) เพื่อทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของทอร์นไดค์ (Thorndike, 1978) จากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระจำนวน 5 ตัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย โดยเก็บข้อมูลจากมารดาวัยรุ่นคลอดปกติและมีลูกอายุระหว่าง 2 ปี-2 ปีครึ่ง ที่นำบุตรมาตรวจโรคทั่วไปและฉีดวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเด็กดีแผนกผู้ป่วยนอก

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำแนกจังหวัดในภาคใต้ตอนล่าง ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ พัทลุง ตรัง นราธิวาส ปัตตานี ยะลา สงขลา และสตูล โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลาก 2 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 2 แห่ง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนเท่า ๆ กัน (Equal Proportional) คือ โรงพยาบาลละ 50 คน ซึ่งมีการให้บริการที่มีศักยภาพใกล้เคียงกันเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ได้แก่

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นเกี่ยวกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการตั้งครรภ์จำนวน 6 ข้อ

(2) แบบสอบถามระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

(3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยนำแบบสอบถามประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งดัดแปลงมาจาก Plaichum, Tongswas & Somboon (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ให้ผู้ตอบเลือก ใช่ หรือ ไม่ใช่ หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

(4) แบบสอบถามเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งดัดแปลงมาจากของ Chainok (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คิดเป็นคะแนนรวมซึ่งค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20-100 คะแนน โดยค่าคะแนนยิ่งเพิ่มมากขึ้น เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยิ่งเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น

(5) แบบสอบถามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการประเมินวัดความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งดัดแปลงมาจาก Lertsakornsiri, Saibae & Charoenwoodhipong (2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยค่าคะแนนสูง แสดงว่ามารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาลสูงขึ้นเท่านั้น

(6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการได้รับคำแนะนำ/สนับสนุนจากบุคคลอื่นซึ่งดัดแปลงมาจาก Plaichum, Tongswas & Somboon (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน 5 คะแนน ตั้งแต่ 8 คะแนน ถึง 40 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายความว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพิ่มสูงขึ้น

(7) แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่งดัดแปลงมาจาก Chainok (2015) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ คะแนนรวม ตั้งแต่ 8 คะแนน ถึง 40 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายความว่ามารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาความตรงของเนื้อหา ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเพื่อพิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน สำหรับการวิจัยครั้งนี้แต่ละแบบสอบถามได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ .85

แบบสอบถามเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เท่ากับ .85

แบบสอบถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล เท่ากับ .80

แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เท่ากับ .90

แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ เท่ากับ .93

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผ่านการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแต่ละแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 แบบสอบถามเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล แบบสอบถามการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนบุคลากรทางสุขภาพ ให้มารดาวัยรุ่นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85, .80, .90 และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลสงขลาเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าผู้ป่วยนอกที่คลินิกตรวจโรคทั่วไป และคลินิกเด็กดีที่นำบุตรมาฉีดวัคซีน เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่ต้องการ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและประวัติการตั้งครรภ์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้คะแนนค่าเฉลี่ยจากค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่ และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยของมารดาวัยรุ่น ด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งเป็นการพยากรณ์ตัวแปรตามหนึ่งตัว จากตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวแปรขึ้นไป โดยการนำตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวเข้าในสมการพร้อมกัน (Rojphalakorn - Good. & Rucha, 2013) ซึ่งตัวแปรอิสระใดที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในสมการถดถอยแล้วจะไม่ถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อคัดตัวแปรออกจากสมการ (Srisatidnarakul, 2012) แต่ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่ควรอยู่ในสมการถดถอย โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ (Vanichbuncha & Vanichbuncha, 2017) ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการโครงร่างวิทยานิพนธ์และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2564 (รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2020-NSt 025) รวมทั้งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสงขลา เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564 (รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2021-Edu-03-2029) และโรงพยาบาลปัตตานี เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564 (รหัสหมายเลขรับรอง 005/2564) ที่เข้าทำการศึกษาตามที่กล่าวไว้ข้างต้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาอายุ 19 ปี ร้อยละ 32 แต่งงานมากที่สุดเมื่ออายุ 15 ปี ร้อยละ 33 และรองลงมา ร้อยละ 25 แต่งงานเมื่ออายุ 16 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62 อิสลาม ร้อยละ 38 อาศัยอยู่กับสามีและบุตรตามลำพัง ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 56 กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 94 ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อไปฝากครรภ์ ร้อยละ 89 ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลได้รับนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 93 ปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุดคือ หว้นนมแตก ร้อยละ 55 รองลงมาเป็นปริมาณน้ำนม ร้อยละ 50 รวมถึงลักษณะหว้นนม เช่น หว้นมบอด/หว้นมบู่/หว้นมสั้น ร้อยละ 39 ปัญหาเต้านมคัดตึง ร้อยละ 36 และมีเพียงร้อยละ 20 ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n=100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Min=15, Max=19, M=17.86, SD.=1.08)		
15	2	2
16	14	14
17	12	12
18	40	40
19	32	32
แต่งงานเมื่ออายุ (ปี) (Min=13, Max=19, M=15.75, SD.=1.19)		
13	2	2
14	11	11
15	33	33
16	25	25
17	23	23
18	5	5
19	1	1
ศาสนา		
พุทธ	62	62
อิสลาม	38	38
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อาศัยอยู่กับสามีและบุตรตามลำพัง	40	40
อาศัยอยู่กับสามีและพ่อ แม่ ของสามี	26	26
อาศัยอยู่กับสามีและพ่อ แม่ ของตนเอง	28	28
อื่น ๆ	6	6
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4
ประถมศึกษา	19	19
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	56
มัธยมศึกษาตอนปลาย	16	16
ปวช.	5	5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (n=100) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ลำดับบุตร		
คนที่ 1	94	94
คนที่ 2	6	6
สถานที่ฝากครรภ์		
ฝากครรภ์ที่สถานบริการของรัฐ	83	83
ฝากครรภ์ที่สถานบริการเอกชน	6	6
ไม่ได้ฝากครรภ์	11	11
ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
ได้รับ	89	89
ไม่ได้รับ	11	11
ชนิดของนมที่ลูกคนปัจจุบันได้รับขณะอยู่โรงพยาบาล		
นมแม่อย่างเดียว	93	93
นมแม่/นมมารดาเองที่ป้อนจากแก้ว	7	7
อุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ลักษณะหัวนม (หัวนมบอด/หัวนมบวม/หัวนมสั้น)	39	39
เต้านมคัดตึง	36	36
หัวนมแตก	55	55
ปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ	50	50
ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	20	20

ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นมากที่สุดอยู่ที่ 3 เดือน จำนวน 39 ราย ร้อยละ 39 และระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยที่สุดคือ 2 เดือน จำนวน 5 ราย ร้อยละ 5 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 3.89 เดือน (SD.= .98) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น (n=100)

ระยะเวลา	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว		min	max	mean	SD.
	จำนวน	ร้อยละ				
2 เดือน	5	5				
3 เดือน	39	39	2	5	3.89	.98
4 เดือน	18	18				
5 เดือน	38	38				

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น พบว่า เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .575, p < .01$; $r = .533, p < .01$; $r = .419, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .292, p < .01$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .105, p > .05$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของค่าคะแนนทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นมี 3 ตัวแปรคือ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 51 ($R^2 = .511$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(5,94)=19.64, p < .01$) ตัวแปรที่มีอำนาจทำนายมากที่สุด คือ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\beta = .46, t=5.96, p < .01$) ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ($\beta = .34, t=3.48, p < .01$) และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = .20, t=2.12, p < .01$) ตามลำดับ และปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่างมี 2 ตัวแปรคือ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่น ($n=100$)

ตัวแปรทำนาย	Unstandardized Coefficients		β	t
	B	SE		
เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.045	.007	.458	5.96**
ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล	.035	.010	.340	3.48**
การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว	.074	.035	.203	2.12**
การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ	-.025	.034	-.078	-.74

$R = .715, R^2 = .511^{**}, Adjusted R^2 = .485^{**}, F(5,94)=19.64^{**}, constant=-3.25, **p < .01$

อภิปรายผล

1. ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า การเป็นมารดาวัยรุ่นมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวน้อยกว่านั้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz (2017) โดยปัญหาที่ทำให้มารดาตัดสินใจ หยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดจากการกดนมไม่ดี ทารกปฏิเสธการดูดนมจากเต้า มารดามีน้ำนมไม่เพียงพอ เจ็บปวดหัวนมและเต้านมขณะให้นมบุตร รวมถึงระยะการให้นมแม่ในแต่ละครั้งใช้เวลายาวนานและทำให้มารดาเหนื่อยล้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Payakkaraung, Sangperm & Sangpermt (2016) พบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกหลังคลอด ได้แก่ ไม่ได้รับการสอน ขาดการเริ่มดูดเร็วและไม่ได้กระตุ้นให้ทารกดูดนมต่อเนื่อง เมื่อกลับบ้านได้พยายามทำตามการสอน แต่ทำไม่สำเร็จ รู้สึกเครียดกดดันจากตนเองคนรอบข้างเช่น สมาชิกในครอบครัว ที่อาจไม่สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือสามียายที่สงสารหลานไม่อาจทนฟังเสียงร้องของลูกหลานได้ จึงต้องการให้เลี้ยงลูกด้วยนมผงหรือนมผสม เพื่อให้ทารกหยุดร้องและได้กินอิ่ม จึงเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้ระยะเวลาการให้นมทารกลดลง ดังนั้น ในระยะ 2 เดือนแรกหลังคลอดเป็น

ช่วงเวลาวิกฤตสำหรับการปรับตัว และเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญต่อการทำหน้าที่มารดาหลังคลอด นำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. อำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า มีตัวแปร 3 ตัวแปรที่ทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ เจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นได้สูงสุด ($\beta = .46, t = 5.96, p < .01$) สำหรับมารดาที่มีเจตคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในตนเอง มีความรู้สึกยุ่งยากเสียเวลาในการให้นมลูก และตัดสินใจไปใช้นมผสมแทน (Altuntas et al., 2014)

รองลงมาเป็นความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ($\beta = .34, t = 3.48, p < .01$) มารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล มีแนวโน้มที่จะมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานมากขึ้นกว่ามารดาที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้ความรู้ผ่านสื่อ มีการสาธิตและให้มารดาสาธิตย้อนกลับเมื่อเกิดปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาได้รับการแก้ไขจนสามารถก้าวผ่านอุปสรรคได้ มารดาจึงเกิดความมั่นใจ ภาควิชาใจในตนเอง และมีความพร้อมที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ด้วยตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของ Intharueang, Rungruang, Prakoddee & Chancham (2021)

การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ($\beta = .20, t = 2.12, p < .01$) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ สามี พ่อแม่ของสามี และพ่อแม่ของมารดาวัยรุ่น มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อน โดยสามีสามารถให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ทำให้มารดาวัยรุ่นเกิดความมั่นใจในตนเองที่จะแสดงบทบาทมารดาแก่ทารก มารดาวัยรุ่นกลุ่มนี้จึงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีระยะเวลานานกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว (Sunanta, Yusamran & Phahuwatanakorn, 2016) และการศึกษาของ Dewi et al (2017) พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจากครอบครัวมีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนสูงกว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย เพราะครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกที่ทำหน้าที่ให้ความรู้ สร้างความมั่นใจ ให้การช่วยเหลือ พร้อมทั้งมีส่วนร่วมกับการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นให้มีความยาวนานมากยิ่งขึ้น

โดยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถอธิบายความแปรปรวนของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นได้ร้อยละ 51 ($R^2 = .511$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(5, 94) = 19.64, p < .01$) และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นในการศึกษารั้งนี้ คือ ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของนมแม่และวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในประเด็นของการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น รวมทั้งหาแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะ เจตคติในการการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อมารดาและทารก ยังเป็นการเพิ่มสายใยระหว่างมารดาวัยรุ่นและทารกได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ส่งเสริมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ให้มารดาวัยรุ่นมีเจตคติที่ดีในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมถึงความสำคัญและประโยชน์ของนมแม่ทั้งระยะสั้นและระยะยาว ส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาทารกอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมและช่วยแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการช่วยมารดาวัยรุ่นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด
2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำคลินิกหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในองค์กร ควรเล็งเห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่น และมีการกำหนดนโยบายแนวทางการดำเนินงานให้แก่ผู้ขับเคลื่อนในระดับต่าง ๆ ตลอดจนมีการกำกับติดตามผลการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง
3. ด้านแนวทางสำหรับการพัฒนาพยาบาลและบุคลากรสุขภาพเป็นโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาวัยรุ่นโดยเฉพาะของการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้มีความยาวนานขึ้น
4. ด้านการวิจัย สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองในประเด็นของการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมที่ยังเป็นปัญหาต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง

- Altuntas, N., Turkyilmaz, C., Yildiz, H., Kulali, F., Hirfanoglu, I., Onal, E., Ergenekon, E., Koc., E. & Atalay, Y. (2014). Validity and reliability of the infant breastfeeding assessment tool, the mother baby assessment tool, and the LATCH scoring system. *Breastfeeding Medicine*, 9(4), 191-195.
- Chainok., L. (2015). Factors Influencing Breast Feeding Behaviors of Postpartum Adolescent Mothers in Maharat Nakhonratchasima Hospital. Suranaree University of Technology.
- Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W. & Yusamran, C. (2017). Influences of Breastfeeding Attitude, Subjective Norm, and Self-Efficacy on Intention to Exclusive Breastfeeding among Teenage Pregnant Women. *Journal of Nursing Science*. 35(4), 49-60. (In Thai)

- Dewi, R. et al. (2017). Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 26(suppl 1), S31-S35. Doi: 10.6133/apjcn.062017.s8.
- Intharueang, U., Rungruang, K., Prakoddee, R. & Chancham, K. (2021). Motivation for a 6 - month Exclusive Breastfeeding among Postpartum Mothers, Surin Hospital. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*. 5(2), 86-100.
- Konyoo, K. (2020). Effectiveness of Maternal Role Attainment Enhancement Among Adolescent Mothers: A Systematic Review. *Nursing Journal*, 48(2), 204-215. (In Thai)
- Lertsakornsiri, M., Saibae, S. & Charoenwoodhipong, S. (2018). The Effect of Nursing Model Integrated with Family Support and Empowerment on Breastfeeding in the First-time Teenage Postpartum Mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 19(Supplement), 129-138.
- Lorhahana, S., Sinsuksai, N. & Phahuwatanakorn, W. (2018). The Factors Influencing a Four Week Exclusive Breastfeeding Among First-Time Adolescent Mothers. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(2), 36-47. (In Thai)
- National Statistical Office of Thailand, 2562. Thailand multipleindicatorcluster survey 2019, final report. Bangkok: NSO, UNICEF;2020. 416 p.(in Thai)
- Payakkaraung, S., Sangperm, P., & Sangpermt, C. (2016). Breastfeeding Problem in Early Postpartum Period: Mother's Experiences. *Journal of Nursing Science*. 34(3). 30-40.
- Pereira, R. S. V., Oliveira, M. I. C. d., Andra, C. L. T. d., & Brito, A. d. S. (2017). Factores associados ao aleitamento materno exclusivo : o papel do cuidado na atencao basica. *Cadernos de Saude Publica*, 26, 2343-54. Nonthaburi: PNS-Creation. Retrieved from <https://dlibrary.thaibreastfeeding.org/bitstream/handle/023548404.11/451/TBC-TNBC-2017-Processding.pdf?sequence=1>
- Plaichum, S., Tongswas, T. & Somboon., L. (2012). Factors Related to Breastfeeding Duration among Adolescent Mothers. *Nursing Journal*. 39(2), 79-86.
- Plodpluang, U., Srirach, A. & Kaewpraphan, S. (2016). Effect of Breastfeeding Promotion Based on Familial Support Program to Knowledge, Attitude and Attitude and Behavior of Postpartum Mothers and Family's Member. *Phranakhon Rajabhat Research Journal (Science and Technology)*. 11(2), 41-52. (In Thai)
- Rojphalakorn-Good., P. & Rucha, Y. (2013). Statistics for Nursing Research and using SPSS for windows. Bangkok: Judtong.
- Rueangseree, M. & Kankarn, W. (2019). The Study of Factors Predicting the Duration of Exclusive Breastfeeding in Adolescent Mothers Who Attended Service at Health Promoting Hospital in Ubonratchathani Provinc. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 195-204. (In Thai)

- Saks, M., & Allsop, J. (2012). *Researching health: Qualitative, quantitative and mixed Methods* (2nd ed.). London: SAGE
- Srisatidnarakul, B. (2012). *Research Instrument Development and Quality Validation: Psychological Measurement Properties*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (In Thai)
- Sunanta, S., Yusamran, C. & Phahuwatanakorn, W. (2016). Effect of Providing Knowledge and Support Primiparous Adolescent Mother and Grandmother on Maternal Role Attainment. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 17(2). 125-134.
- Thorndike, R, M. (1978). *Correlation Procedures for Research*, New York: Gardner Press.
- Vanichbuncha, K. & Vanichbuncha, T. (2017). *Using SPSS for windows to analyze data*. Bangkok: Samlada. (In Thai)
- World Health Organization. (2021). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative. from <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhiimplementation-2021.pdf>
- World Health Organization. (2019). Adolescence is a time of opportunity during which a range of actions can be taken to set the stage for healthy adulthood. from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf>
- Yilmaz, E., Ocal, F. D., Yilmaz, Z. V., Ceyhan, M., Kara, O. F., Kucukozkan, T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in baby-friendly hospital. *Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 14, 1-9. doi: 10.4274/tjod.90018.

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์
ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด
ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์**

นิตยา หนูนวล, ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, e-mail; nunual.nittaya@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่มาฝากครรภ์หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แบบวัดพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 และ .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดลงหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์, แอปพลิเคชันไลน์

The Effect of Health Behavior Program and Line Application Monitoring to Dietary and Exercise Behavior and the Blood Glucose in Pregnant Women at Risk for Gestational Diabetes Mellitus

Nittaya Nunual, Antenatal Room, SuratThani Hospital, e-mail; nunual.nittaya@gmail.com

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to examine the effects of health behavior program and line application monitoring to dietary and exercise behavior and the blood glucose in pregnant women at risk for gestational diabetes mellitus. The sample were women who come for prenatal care or use services at the prenatal care room Surat Thani Hospital and 30 women who were diagnosed with gestational diabetes. The research instrument included health behavior modification and monitoring program with the line application. Data were collected between May-October, 2022 using a personal data questionnaire, a dietary behavior questionnaire, an exercise behavior questionnaire. which Cronbach's alpha coefficients of .86 and .88. Data were analyzed by descriptive statistics and dependent t-test statistics.

The results revealed that the experimental group had mean scores of dietary behavior and exercise behavior significantly higher after receiving the health behavior program and line application monitoring respectively ($p<.01$) and blood glucose level decrease after receiving the health behavior program and line application monitoring respectively ($p<.01$) Therefore, midwives nurse can use health behavior modification programs and online application monitoring to provide behavior modification to pregnant women with gestational diabetes.

Keywords: Health Behavior Program, Gestational Diabetes Mellitus, Dietary Behavior, Line Application

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่มีความชุกของโรคสูงขึ้นจากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของโรคอยู่ระหว่าง ร้อยละ 1.8-25.1 พื้นที่ที่มีค่ามัธยฐานความชุกของโรคสูงสุด คือ พื้นที่ในเขตตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ (ร้อยละ 12.9) รองลงมา คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และพื้นที่ ด้านตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิก (ร้อยละ 11.7) (Zhu, & Zhang, 2016) หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นที่เป็นผลมาจากฮอร์โมนที่สำคัญ คือ Human Placental Lactogen, Estrogen, Progesterone, Cortisol และ Insulin (Adams KM, Nelson RL.Ogburn Plr. Denilenko-Dixon, 1998)

การมีน้ำตาลในเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ เพิ่มโอกาสในการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Warunpitikul, & Aswakul, 2014) ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด เพิ่มอัตราการเกี่ยวกับการคลอด ตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อในช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะ ส่วนทารกนั้นมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ทารกมีขนาดใหญ่ (Roberts, Nicholson, Wang, & Brancati, 2011) พบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.28 เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 47 (Zurawska-Klisl, Kosinskil, Wender-Ozegowska, Bartyzel, Matysiak, Olak Bialon,et.al. 2016) และพบทารกผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ (Srisawat, & Sikaow, 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเป็นวิธีที่สามารถมาประยุกต์ให้เหมาะกับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ เช่น การส่งเสริมการดูแลตนเอง (Suwanpakdee, Youngwanichsetha, & Shunuan, 2019) ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเป้าหมายไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งเรื่องทักษะที่มีอยู่และการตัดสินใจว่าสามารถทำอะไรได้บ้าง แบนดูราเชื่อว่า การฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเนื่องจากมีประสบการณ์ตรง บุคคลสามารถประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และแสดงพฤติกรรมด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องโดยเริ่มจากการให้ความรู้ การใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นความสนใจ รวมทั้งการติดตามพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการติดตามพฤติกรรมที่ถูกต้องจะมีการติดตามได้หลาย ๆ ทาง เช่น การสอบถามติดตามด้วยตัวเอง การโทรศัพท์ การประเมินย้อนกลับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามเพื่อให้มีการสื่อสารที่สะดวกมากขึ้น เนื่องจากแอปพลิเคชันไลน์สามารถสื่อสารได้โดย (Sitkulanan, & Kumtip. 2022) การฝากข้อความ ไม่เป็นการรบกวนผู้รับสาร จึงทำให้สื่อสารกันได้ดีมากขึ้น เข้าใจ และปฏิบัติตัวในการจัดการตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีในระยะยาว และการส่งสติ๊กเกอร์จะช่วยลดความตึงเครียด ในการสื่อสารและมีสัมพันธภาพที่ดี (Kanfer FH, Gaelick-Bays, 1991)

จากข้อมูลของห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2563, พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 พบร้อยละ 17.92, 16.53 และ 18.26 ซึ่งผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้เล็งเห็นปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับสตรีที่มีภาวะเบาหวาน

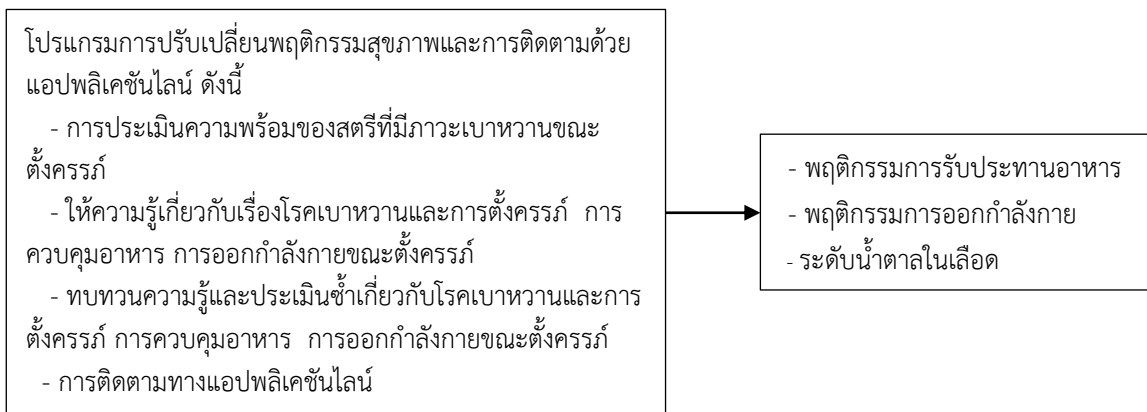
ขณะตั้งครรภ์ จึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจต่าง ๆ เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ซึ่งแต่ละกิจกรรมจะมีการเสริมแรง การชื่นชม และการให้ข้อมูลย้อนกลับจากผลที่ได้ดำเนินการไป เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดการปรับพฤติกรรมของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่กล่าวว่า บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดเป้าหมายไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองทั้งเรื่องทักษะที่มีอยู่และการตัดสินใจว่าสามารถทำอะไรได้บ้าง แบนดูราเชื่อว่า การฝึกให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเนื่องจากมีประสบการณ์ตรง บุคคลสามารถประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และแสดงพฤติกรรมด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเน้นที่พฤติกรรมที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยการให้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์กำหนดเป้าหมายของตนเองในการลดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ มีการทบทวนและประเมินซ้ำในทุกครั้งที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการปรับพฤติกรรม รวมทั้งการติดตามผลการปรับพฤติกรรมทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งจะใช้เวลา 6 สัปดาห์ ดังแผนภาพ



ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเป็นแบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่มาฝากครรภ์ หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มาฝากครรภ์ หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และ สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดอำนาจการทำนาย (Power Analysis) ที่ .80 ระดับ ความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงได้ค่าเท่ากับ 4.30 ผู้วิจัยจึงปรับลด ค่าขนาดอิทธิพลลงเหลือ .80 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิตและเบค (Polit, & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย ผู้วิจัยป้องกันความคลาดเคลื่อนและการสูญเสียจึงเพิ่มเป็น 30 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion Criteria)

- 1) สตรีที่มาฝากครรภ์ หรือใช้บริการที่ห้องฝากครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- 2) สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และไม่มีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน หรือมีประวัติเป็นเบาหวานมาก่อนแต่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) มีความสามารถในการสื่อสาร โดยติดต่อทางแอปพลิเคชันไลน์ได้ไม่มีปัญหาทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion Criteria) คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น มีถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตก มีภาวะรกเกาะต่ำ มีเลือดออกทางช่องคลอด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตไม่ดี มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or Termination Criteria) เมื่ออาสาสมัครขอถอนตัวจากการวิจัย หรือย้ายสิทธิ์ไปรับการรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่ง

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมระดับมาก หากรายการประเมินข้อใดมีค่าน้อยจะทำการปรับปรุง แก้ไข รวมทั้งปรับปรุงจากข้อเสนอแนะที่เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสมที่จะนำไปใช้กับสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ย/เดือน อายุครรภ์ เคยได้รับความรู้/คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรม และระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรม

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ และระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จากนั้นนำค่าคะแนนมา รวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลค่าคะแนน โดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย(Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0-1.00 หมายถึง มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเหมาะสม

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน ระดับคะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ระดับคะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ และระดับคะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จากนั้นนำค่าคะแนนมา รวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การแปลค่าคะแนน โดยพิจารณาช่วงคะแนนเฉลี่ย(Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0-1.00 หมายถึง มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเหมาะสม

การหาคุณภาพของแบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ คือ แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 1 คน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 คน เป็นผู้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ วัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence: IOC) หลังจากนั้นนำน้ำหนักในแต่ละข้อคำถามมาหาค่า ดัชนีความสอดคล้อง พบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้อมากกว่า .67 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ และมีการปรับ บางรายการตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยวิธีการนำไปทดลองใช้ กับสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 20 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (α -Cronbach Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอล ฟาครอนบาค เท่ากับ .86 และ .88 ตามลำดับ

2.4 การวัดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรี ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผลมาจากแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์รักษา ของสูติแพทย์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยการอธิบายตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ หากให้ความยินยอม ผู้วิจัยจะให้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เซ็นใบยินยอม (Informed Consent Form)

2. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ดังนี้

2.1 ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้ระยะเวลา 60 นาที

2.1.1 ประเมินความพร้อมของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย

2.1.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ อธิบายผลเสียต่อทารกในครรภ์ เช่นภาวะแท้งบุตร ทารกตัวโต ทารกพิการแก่กำเนิด ทารกตายในครรภ์ ผลเสียต่อมารดา เช่นเกิดภาวะความดันโลหิตสูง การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ครรภ์แฝดน้ำ

2.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร โดยใช้คู่มืออาหารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ

2.1.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ โดยให้ดูวิดีโอ และให้ปฏิบัติตามวิดีโอ

2.2 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทาง แอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

2.2.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.2.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.2.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.2.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.3 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทางแอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

2.3.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.3.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.3.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.3.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.4 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทาง แอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

2.4.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.4.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.4.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.4.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.5 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายทาง แอปพลิเคชันไลน์ ใช้ระยะเวลา 15 นาที

2.5.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.5.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.5.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.5.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.6 ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 ของการรับบริการของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ใช้ระยะเวลา 30 นาที

2.6.1 สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

2.6.2 ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.6.3 ให้ความรู้เพิ่มเติมจากการพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์

2.6.4 สร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์

2.6.5 ให้ทำแบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกาย สอบถามการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับน้ำตาลในเลือด เปรียบเทียบกับครั้งก่อนเข้าร่วมกลุ่ม กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขอบคุณสตรีตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์กัน (Dependent t-test)

จริยธรรมการวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่ REC 66-0024

ผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

1.1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์

รายการ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
1. ทานรับประทานผักหลากหลายชนิดในหนึ่งวัน 4 ทักพี เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว สะตอ และอื่นๆ มากกว่า 4 ทักพี	1.60	.50	ปานกลาง	2.47	.82	เหมาะสม
2. ทานรับประทานผลไม้ประเภท มะละกอ แตงไทย ฝรั่ง วันละมากกว่าครึ่งกีโลกรัม	1.50	.57	ปานกลาง	2.13	.86	เหมาะสม
3. ทานกินผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน เงาะ น้อยหน่า ลำไย หรือ ผลไม้อื่นๆตามฤดูกาล	2.90	.31	เหมาะสม	2.87	.73	เหมาะสม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ (ต่อ)

รายการ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
4. ทานดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น กาแฟ ชานมไข่มุก นมเปรี้ยว น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน และอื่นๆ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน	2.97	.18	เหมาะสม	2.10	.80	เหมาะสม
5. ในแต่ละมื้อท่านรับประทานอาหารโดยไม่เติมเครื่องปรุงรสเพิ่ม เช่น น้ำตาล น้ำปลา เกลือ พริก น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอส ซอสมะเขือเทศ เป็นต้น	2.23	1.04	เหมาะสม	2.93	.79	เหมาะสม
6. ทานหลีกเลี่ยงอาหารหรือขนมที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด มีสมัน แกงคั่ว กลัวยาวชชี บัวลอย ลอดช่อง และอื่นๆ	1.93	.79	ปานกลาง	2.90	.71	เหมาะสม
7. ทานขอรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง กุนเชียง เครื่องในสัตว์ ปลาหมึกและอื่นๆ	1.73	.52	ปานกลาง	2.23	.77	เหมาะสม
8. ทานหลีกเลี่ยงอาหารทอด เช่น ไก่ทอด กลัวยทอด ปาท่องโก๋ เป็นต้น	1.73	.79	ปานกลาง	2.87	.86	เหมาะสม
9. ทานรับประทานอาหารประเภทแปรรูปหรือถนอมอาหาร เช่น อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ผักดอง ผลไม้ดอง อาหารเค็ม อาหารตากแห้ง ปลาเค็ม ปลาร้า ปลาสาม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอก เป็นต้น	1.13	.35	ปานกลาง	1.90	.71	ปานกลาง
10. ทานไม่รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ โจ๊ก ข้าวต้มสำเร็จรูป อาหารแช่แข็ง เป็นต้น	1.90	.89	ปานกลาง	2.13	.73	เหมาะสม
11. ทานรับประทานของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาล เยอะ เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง โดนัท เป็นต้น	1.27	.64	ปานกลาง	2.13	.82	เหมาะสม
12. ทานหลีกเลี่ยงการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร	2.07	1.08	เหมาะสม	2.73	1.02	เหมาะสม
13. ทานรับประทานปลาอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	1.87	.35	ปานกลาง	2.40	.68	เหมาะสม
14. ทานรับประทานขนมกรุบกรอบเป็นถุง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบมันฝรั่ง เป็นต้น	1.23	.43	ปานกลาง	1.73	.83	ปานกลาง
15. ทานกินอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ลวก อบ	1.80	.41	ปานกลาง	2.43	.73	เหมาะสม
16. ทานรับประทานอาหารประเภทข้าวประมาณ 1 ทัพพี ในแต่ละมื้อ	1.17	.38	ปานกลาง	2.10	1.02	เหมาะสม
17. ในการรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำปลา /เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ซอส/ซอสมะเขือเทศ	1.70	.60	ปานกลาง	2.40	1.16	เหมาะสม
ภาพรวม	1.93	.28	ปานกลาง	2.50	.21	เหมาะสม

จากตาราง พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์รายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมการรับประทานอาหารก่อนใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับเหมาะสม

1.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับพฤติกรรม การออกกำลังกาย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของระดับพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์

รายการ	ก่อนใช้โปรแกรมฯ			หลังใช้โปรแกรมฯ		
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ
1. ท่านไม่มีการเคลื่อนไหวออกแรง นอกจากการทำงานบ้านเลย	1.87	.43	ปานกลาง	1.83	.53	ปานกลาง
2. ท่านทำงานประกอบอาชีพจนเหนื่อย วันละ 3 ครั้งๆ ละไม่ต่ำกว่า 10 นาที รวมสะสม มากกว่า วันละ 30 นาที	1.63	.56	ปานกลาง	1.93	.69	ปานกลาง
3. ท่านไม่ได้บริหารร่างกายก่อนการออกกำลังกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังการออกกำลังกาย	1.70	.47	ปานกลาง	1.73	.52	ปานกลาง
4. ท่านไม่มีเวลาแต่ท่านก็พยายามแบ่งเวลามาออกกำลังกาย	1.70	.54	ปานกลาง	2.27	.52	เหมาะสม
5. ท่านออกกำลังกายด้วยการเดิน	1.10	.40	ปานกลาง	1.53	.63	ปานกลาง
6. ท่านเลือกใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ซื้อของในระยะที่ใกล้ๆ	1.87	.35	ปานกลาง	1.67	.61	ปานกลาง
7. ท่านเลือกชนิดการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเองเสมอ	1.53	.51	ปานกลาง	2.07	.58	เหมาะสม
8. ตั้งแต่ตั้งครรภ์ ท่านไม่ได้การออกกำลังกายเลย	2.33	.48	เหมาะสม	2.27	.58	เหมาะสม
9. ขณะออกกำลังกาย ท่านหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น	2.17	.38	เหมาะสม	1.63	.67	ปานกลาง
ภาพรวม	1.77	.16	ปานกลาง	2.03	.19	เหมาะสม

จากตาราง พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์รายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของสตรีที่มีภาวะเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1.93	.28	2.50	.21	11.88	.01**
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.77	.16	2.03	.193	4.27	.01**
ระดับน้ำตาลในเลือด	92.50	10.16	86.93	8.15	6.63	.01**

** $p < .01$

จากตาราง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดลงหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ อธิบายได้ว่า โปรแกรมฯ มีการให้ความรู้ใน 3 ประเด็นที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากเบาหวานที่ส่งผลกระทบต่อบุตร ให้ความรู้ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการสังเกตเอง เกิดความเข้าใจที่นำไปสู่ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรม นอกจากนี้ในสัปดาห์ที่ 2-6 ของโปรแกรมมีการติดตามการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายได้แก่ 1) การสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการประเมิน และตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองที่กระทำ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความรับผิดชอบและสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น 2) การทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการตั้งครรภ์ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการทบทวนการวิธปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของโปรแกรม และ 3) การสร้างเสริมแรงบันดาลใจในการปฏิบัติควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย โดยให้คำชื่นชมและกระตุ้นถึงผลลัพธ์ที่จะได้จากการปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับทารกและหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถในการดูแลและกำกับพฤติกรรมของตนเองได้ และเมื่อบุคคลได้รับการชื่นชมทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจ ส่งผลให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะกำกับพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโปรแกรมข้างต้นพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) เชื่อว่าการที่บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการมาจากการตัวบุคคลเอง เนื่องจากพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนไปตามสิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อม การทำให้เกิด

พฤติกรรมใหม่อย่างยั่งยืนต้องมีวิธีการกำกับพฤติกรรมที่เหมาะสม จากโปรแกรมข้างต้นที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitkulanan, Kumtip, (2022) กล่าวว่าสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ตระหนักถึงความสามารถในการกำกับตนเองทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารหวานและน้ำตาล รวมถึงมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การศึกษาของ Srithongluang, Siriarunrat, & Tachasuksri (2019) ที่ใช้การกำกับตนเองของแบบคูราในการปรับพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์พบว่า พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้น และการศึกษาของ Ewers et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยได้รับความรู้ มีการบันทึกอาหารที่รับประทานทุกวัน และผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นว่าตนเองมีทักษะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เกิดกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร

ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ลดลงหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ อธิบายได้ว่า รายละเอียดของโปรแกรม ฯ มีการให้ความรู้โดยเฉพาะเรื่อง การควบคุมอาหารที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มอย่างเหมาะสมตามแนวทางการฝากครรภ์ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารไขมันและน้ำตาลสูง รวมถึงมีแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ รู้วิธีการควบคุมน้ำหนักไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้การที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับการกระตุ้นเตือนจากการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามระหว่างที่หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโปรแกรมทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขณะตั้งครรภ์ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เนื่องจาก แอปพลิเคชันไลน์เป็นการสื่อสาร 2 ทางซึ่งผู้รับสารยังสามารถโต้ตอบกลับได้ทันที การใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน สะดวกรวดเร็ว และมีความเป็นส่วนตัว (Kuljitjeanvong, 2013) ซึ่งในสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความคิดเห็นว่า แอปพลิเคชันมีประโยชน์ในและสะดวกในการให้ข้อมูลด้านอาหารและการจัดการอาหาร (Wang N et al., 2019) การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการติดตามพฤติกรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitkulanan, Kumtip, (2022) พบว่า สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาติดตามพฤติกรรมพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้น ในขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลง เมื่อติดตามต่อเนื่องเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้ในการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามการคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและด้านการออกกำลังกาย
2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น น้ำหนักทารกแรกคลอด เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

รายการอ้างอิง

- Adams KM, UH., Nelson RL. Ogburn Plr. Denilenko-Dixon Dr. (1998). Sequelae of unrecognized gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*, 176, 1321-32
- Bandura. (1986). *Social foundation of thought and action: A Social cognitive theory*. Englewood Cliffe, NJ: Printice-Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Ewers B, Bruun J, Vilsbøll, T. (2019). Effects of basic carbohydrate counting versus standard out-patient nutritional education (The BCC Study): intervention study focusing on HbA1c and glucose variability in patients with type 2 diabetes. *BMJ Open*, 9, 1-9.
- Homchui, P., Wanaratvijid., C & Pratoomsoot, C. (2020). Effect of Self-Management Support for Self-Care Behavior and Blood Glucose Level in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 12(1), 240-254.
- Kanfer FH, Gaelick-Bays L. (1991). *Self-management method*. In FH Kanfer, AP Goldsteinn, editors. *Helping People change: a textbook of methods*. 4th ed. New York: Pergamon press.
- Kuljitjeanvong, S. (2013). *LINE: Social Media on SMATR PHONE*. form https://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/oct_dec_13/pdf/aw05.pdf
- Mellitus at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, 22, 81-87.
- Skar JB, Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Terragni L. (2018). Women's experiences with using a smartphone app (the Pregnant+ app) to manage gestational diabetes mellitus in a randomized controlled trial. *Midwifery*, 58: 102-108. doi: 10.1016/j.midw. 2017.12.021.
- Sitkulanan, P, Kumtip., P. (2022). Impact of a Self-Management Programmed Monitored through the Application LINE on Eating Behavior, Arm-Swing Exercise Behavior, and Blood Glucose Levels in Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery*. 35(2), 52-69.
- Srisawat, K., Sikaow, O., (2014). Management for Gestational Diabetes Mellitus. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 50-59.
- Srithongluang S., Siriarunrat, S. & Tachasuksri, S. (2019). Effects of Self-Regulation Program on weight Control Behavior and Normal Gestational Weight Gain Based among Pregnant Women with Overweight or Obess before Pregnancy. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(4), 52-61.

- Suwanpakdee, W, Youngwanichsetha, S., & Shunuan., S (2019). Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary and Exercise Behaviors among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 39-50.
- Polit D F, Beck C T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*.(9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.)
- Warunpitikul, R., Aswakul, O. (2014). The Incidence of Diabetes Mellitus in Pregnant Women and its Outcomes Between Pregnant Women with Diabetes Mellitus and Non- Diabetes Wang N, Deng Z, Wen LM, Ding Y, He G. (2019). Understanding the Use of Smartphone Apps for Health Information Among Pregnant Chinese Women: Mixed Methods Study. *JMIR. health Uhealth*, 7(6):e12631.doi: 10.2196/12631.
- ZhuY, Zhang C. (2016). Prevalence of gestational diabetes and risk of progression to type 2 diabetes: a global perspective. *Current Diabetes Reports* ,16(1):7. doi: 10.1007/s11892-015-0699-x
- Zurawska-Klisl, M., Kosinskil, M., Wender-Ozegowska, E., Bartyzel, L., Matysiak, E., Olak-Bialon, B., et al. (2016). Obstetric Results of the Multicenter, Nationwide, Scientific-Educational Program for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus (GDM). *Ginekologia Polska*, 8, 651–658.

นวัตกรรมผ้าขางเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่ (โอบอกอ๋มอุ่น)

ปิยรัตน์ รอดแก้ว, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; piyarat@bcnnakhon.ac.th

จตุพร เพิ่มพรสกุล, ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, e-mail; jubjatuporn@gmail.com

อุทุมพร ดุลยเกษม, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; d_uthoomporn@yahoo.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด 2) ประเมินผลการใช้นวัตกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอด 44 ราย 2) ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด 44 ราย และ 3) พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด 10 ราย โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเครื่องมือที่ใช้ คือ นวัตกรรมผ้าขางเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่ เครื่องมือประเมินประสิทธิผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบประเมินความพึงพอใจการใช้นวัตกรรม ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า

นวัตกรรมผ้าขางเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่ สามารถนำมาใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้ โดยร้อยละ 95.45 ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย และมีความพึงพอใจการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.83, SD=.27) โดยค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด และพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดอยู่ในระดับมากที่สุดตามลำดับ (Mean=4.82, SD=.27, Mean=4.82, SD=.32, และ Mean=4.86, SD=.22) ความพึงพอใจรายข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด คือ ช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการตกเตียง รองลงมา คือ ช่วยให้มารดาโอบกอดทารกได้ตั้งแต่กลับจากห้องผ่าตัด ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่ำสุดจากการประเมินของมารดาหลังผ่าตัดคลอด คือ ความสะดวกในการใช้ และจากการประเมินของญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดและพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด คือ ความสวยงาม

การศึกษานี้ เป็นการสร้างนวัตกรรมผ้าขางเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่ สำหรับช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งได้พบข้อจำกัดของการใช้ คือ ความสูงของหมอนรองทารกไม่พอดีกับระดับหน้าอกมารดา ดังนั้นควรมีการพัฒนาการออกแบบหมอนรองทารกให้มีหลายขนาด เพื่อให้เหมาะสม กับมารดาที่มีรูปร่างแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: นวัตกรรม, ผ้าขางเตี๋ยส่งเสริมการให้นมแม่, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

The Innovation “Transverse Bed Sheet Support Breast Feeding”

Piyarat Rodkaew, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail;piyarat@bcnnakhon.ac.th
Jatuporn Permpornsakul, Nursing Department, Maharaj Nakhonsrithammarat Hospital,
e-mail;jubjatuporn@gmail.com
Uthoomporn Dulyakaseam, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
e-mail;d_uthoomporn@yahoo.com

Abstract

This study aims to 1) create nursing innovations to promote breastfeeding for mothers after caesarean section and 2) evaluate the use of innovations. The sample consisted of 44 post-caesarean mothers, 44 relatives/caregivers of post-caesarean mothers, and 10 nurses who cared for post-caesarean mothers Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital, and was selected according to qualified-specific selection. The tools were an innovative Transverse Bed Sheet Support Breastfeeding, a Breastfeeding Effectiveness Assessment Tool, and an Innovation Satisfaction Assessment Form. The reliability was .87 by Cronbach’s alpha coefficient tested. Data were analyzed by percentage, average, and standard deviation. The results showed that:

This innovation can be used to support breastfeeding in mothers after caesarean section. 95.45% of mothers succeeded in breastfeeding before discharge. The overall innovation satisfaction was highest (Mean=4.83, SD=.27). The average satisfaction of mothers, relatives/caregivers, and nurses were the highest, respectively. (Mean=4.82, SD=.27, Mean=4.82, SD=.32, and Mean=4.86, SD=.22) The item with the highest average satisfaction was to keep the baby safe from falling out of bed, followed by helping mothers embrace their babies at the moment they returned from the operating room. The lowest average satisfaction from the assessment of mothers was the ease of use of innovation, and the assessment from relatives/caregivers and nurses was the beauty of innovation.

This study is about creating an innovative “Transverse Bed Sheet Support Breastfeeding” to promote breastfeeding in mothers after cesarean section. The limitation of use was the height of the baby pillow did not fit the level of the mother's breasts. Therefore, innovative designs of baby pillows should be developed in various sizes to suit mothers of different shapes so that they can be chosen appropriately.

Keywords: Innovation, Transverse Bed Sheet Support Breastfeeding, Breast Feeding

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการสร้างรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้นทุนที่สำคัญต่อการพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาแก่ทารกตั้งแต่แรกเกิด เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วนมีคุณภาพสูงที่จำเพาะสำหรับทารก และมีส่วนประกอบสำคัญซึ่งช่วยเสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย ตลอดจนป้องกันความเจ็บป่วย กระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แม่เฝ้าระวัง สัมผัส สบตา ลูบไล้ พุดคุยด้วยความรักขณะให้ลูกดูดนมแม่ซ้ำๆ ทุกๆ มื้อนม เป็นการกระตุ้นและเสริมสร้างเส้นใยประสาทแห่งการเรียนรู้ของทารก องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเด็กทุกคนควรได้กินนมแม่อย่างเดียวยุติอายุ 6 เดือน และกินนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น เพราะนมแม่มีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันที่ช่วยปกป้องเด็กจากโรคและการติดเชื้อ ที่สำคัญการให้นมแม่เป็นกระบวนการสร้างสายใยความรัก ความผูกพันที่มนุษย์อื่นไม่สามารถเปรียบเทียบได้ (Siriwanrangan, 2015) ด้วยคุณค่าของนมแม่ที่มีประโยชน์อเนกอนันต์สำหรับทารก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้น แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการผ่าตัดคลอด น้อยกว่าร้อยละ 10-15 แต่ยังพบว่าการผ่าตัดคลอด เป็นหัตถการผ่าตัดที่พบมากที่สุด (Kiyak, Bolluk, Canaz, Yüksel, & Gedikbasi, 2019) สำหรับประเทศไทยมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูง โดยในปี พ.ศ. 2562 พบความชุกร้อยละ 34.5 (NSO, & Unicef, 2019) การผ่าตัดคลอดมีผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 24 ชั่วโมงแรก มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งในรายที่ให้การรับรู้ความรู้สึกแบบบางส่วนและแบบทั่วร่างกาย จะส่งผลให้มารดาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย อีกทั้งมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ และความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้นมแม่ ทำให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้าส่งผลต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนมล่าช้าตามมา อาจส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายของหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 ใน ปี 2565 ที่พบว่า มารดาหลังคลอดปกติมีความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายร้อยละ 89 แต่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีเพียงร้อยละ 68

แนวปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช นั้น เมื่อรับย้ายมารดาหลังผ่าตัดจะมีการประเมินสภาพและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน เมื่อทั้งมารดาและทารกปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลก็ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยให้มารดาเฝ้าระวัง สัมผัสทารก และช่วยนำทารกเข้าเต้าในท่านอน ซึ่งพยาบาลจะต้องช่วยจับประคองทารกให้แนบกับลำตัวมารดา หรือใช้ผ้ารองทารกไว้ เพื่อให้เข้าเต้าได้สะดวก จากนั้นก็จะสอนญาติ/ผู้ดูแลให้ช่วยเหลือมารดาในการนำทารกเข้าเต้า โดยเน้นย้ำให้ประคองทารกตลอดเวลาเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้ทารกตกเตียงได้ ซึ่งมารดาและผู้ดูแลบางคนอาจจะไม่เคยจับประคองทารก จึงเกิดความกังวลไม่มั่นใจว่าทารกจะเข้าเต้าได้อย่างปลอดภัย รวมไปถึงในช่วงเวลากลางคืน มารดาอาจจะเผลอหลับไม่ได้ประคองทารก จึงอาจเกิดความเสี่ยงขึ้นได้ ประกอบกับการจัดทำให้นมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดนั้น สำหรับในช่วงแรกหลังผ่าตัด มักใช้ท่านอนหงายแบบประยุกต์หรือท่านอนตะแคง (Tharana, 2020) เนื่องจากมารดายังคงมีความเจ็บปวดเวลาขยับตัว การจัดท่านอนหงายแบบประยุกต์นั้นให้มารดานอนหงายราบหนุนหมอน และใช้หมอนรองใต้เข่า จัดสะโพกและหลังอยู่แนวตรง ทารกนอนตะแคง เข้าหามารดาบนที่นอน หรือหมอนหนุนที่มีความยาว ตั้งแต่รักแร้มารดาจนถึงตะโพก มีความสูง

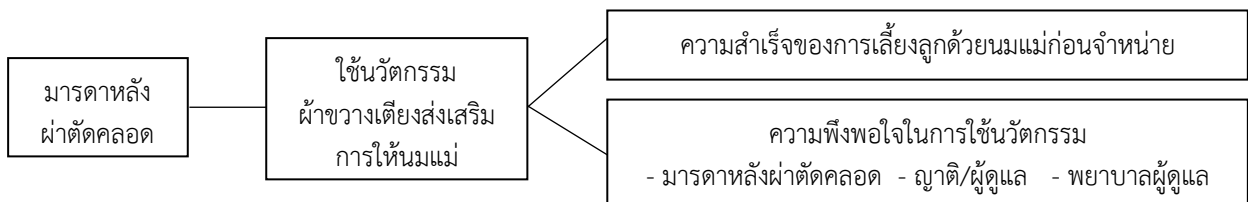
ระดับเดียวกับมารดาหรือต่ำกว่าเล็กน้อย มารดาใช้วงแขนโอบ กอดทารก โดยให้ศีรษะทารกหงายเล็กน้อยอยู่บนต้นแขนของมารดา หรือใช้หมอนหนุนศีรษะทารกเพื่อปรับระดับปากของทารกให้อยู่ระดับพอดีกับหัวนมมารดา (Ritmun & Inthasorn, 2012) จะเห็นได้ว่าการจัดทำให้นมในท่านอนในมารดาหลังผ่าตัดคลอดนั้น มีการใช้ผ้า หรือหมอนรองลำตัวทารกเพื่อให้ปากของทารกอยู่ในระดับเดียวกับหัวนมจะทำให้ทารกเข้าเต้าได้อย่างถูกวิธี และในปี 2563 โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร ได้มีการออกแบบและทำนวัตกรรมหมอนรองให้นมท่านอนนั่งเพิ่มพลังสามจุด (Chotisuwat, 2020) ทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่าสามารถนำไปใช้จัดทำให้นมได้จริงทั้งในท่านอนและท่านั่ง มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถให้ลูกดูดนมแม่ได้โดยเร็วใน 4 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 100 ขนาดของหมอนมีความเหมาะสมและสามารถปรับระดับความสูงตามสรีระของมารดาได้ มารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

จากประเด็นข้างต้น จึงเป็นจุดเริ่มของการสร้างนวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่มีหมอนไว้สำหรับรองลำตัวทารก เพื่อความสะดวกในการให้นมในท่านอน และมีผ้าสำหรับผูกยึดมารดากับทารกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ทำให้มารดาได้โอบกอดสัมผัสและให้นมทารกด้วยความมั่นใจทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถให้นมทารกได้เร็วขึ้น และให้นมทารกได้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้เพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

วัตถุประสงค์

- 1. เพื่อสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด
- 2. เพื่อประเมินผลการใช้นวัตกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษานวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่

กระบวนการพัฒนานวัตกรรม แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การออกแบบและสร้างนวัตกรรม

การออกแบบและสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยใช้ ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การดำเนินการ และการประเมินผล ซึ่งได้ออกแบบโดยนำแนวคิดการจัดทำให้นมท่านอนในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยให้ทารกนอนบนที่นอน หรือหมอนหนุน ที่มีความยาวตั้งแต่รักแร้มารดาจนถึงตะโพก มีความสูงระดับเดียวกับลำตัวมารดา จึงมีการออกแบบผ้าให้มีช่อง 2 ช่องไว้สำหรับสำหรับสอดหมอนรองทารก และยึดหลักความปลอดภัยของทารกจากอุบัติเหตุ จึงออกแบบให้มีผ้าโอบลำตัวมารดาและทารกเข้าด้วยกันโดยมีสายผูกยึด 3 เส้น โดยมีการออกแบบตัดเย็บตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมอุปกรณ์ในการทำนวัตกรรม เตรียมผ้าสำลีขนาด 100 ซม.X 300 ซม. เลือกใช้ผ้าสำลีเนื่องจากเป็นผ้าทอจากเส้นใยฝ้าย มีคุณสมบัติเป็นฉนวนให้ความอบอุ่น มีความหนา และผิวสัมผัสนุ่ม มาตัดเย็บเป็นผ้าขวางและเตรียมวัสดุหนังเทียม ขนาด 30 ซม.X 45 ซม. ซึ่งมีคุณสมบัติทนทาน กันน้ำ มาตัดเย็บหมอนรองทารก

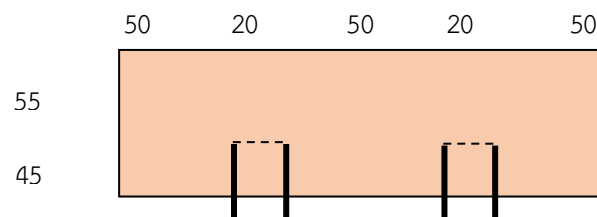
2. ขั้นตอนการทำนวัตกรรม

2.1 การเตรียมผ้าเพื่อการตัดเย็บ โดย 1) ตัดผ้าสำลีชิ้นที่ 1 ขนาด 100 ซม.X 190 ซม. 1 ชิ้น เพื่อทำเป็นผ้าขวางเตียง 2) ตัดผ้าสำลีชิ้นที่ 2,3 ขนาด 40 ซม.X 45 ซม. 2 ชิ้น สำหรับเย็บเป็นช่องสำหรับสอดหมอนรองทารก 3) ตัดผ้าสำลีชิ้นที่ 4,5 ขนาด 45 ซม.X 50 ซม. 2 ชิ้น สำหรับเย็บเป็นผ้าโอบลำตัวมารดาและทารก และ 4) ตัดผ้าสำลีชิ้นที่ 6 ขนาด 10 ซม.X 50 ซม. 6 ชิ้น สำหรับเย็บเป็นสายผูกยึด เนื่องจากขนาดดังกล่าวเป็นขนาดที่พอเหมาะ ส่วนที่ออกแบบเป็นผ้าโอบมารดาและทารกเข้าด้วยกันก็มีความยาวเพียงพอ สามารถโอบคลุมทั้งมารดาและทารก พร้อมสายผูกที่มีความยาวเหมาะสมสามารถผูกยึดได้สะดวก

2.2 การตัดเย็บผ้าขวางเตียง

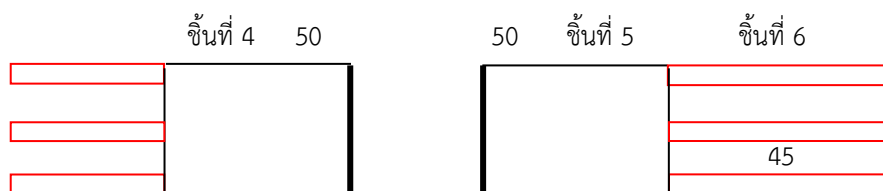
2.2.1 นำผ้าสำลีชิ้นที่ 1 มาเย็บริมผ้าให้เรียบร้อยทั้งผืน

2.2.2 นำผ้าสำลีชิ้นที่ 2 และ 3 มาเย็บติดกับผ้าสำลีชิ้นที่ 1 เพื่อทำเป็นช่องไว้สำหรับสอดหมอน โดยเย็บชิดกับขอบล่างของผ้าและให้ห่างจากริมผ้าด้านข้าง 50 ซม. ดังภาพที่ 2



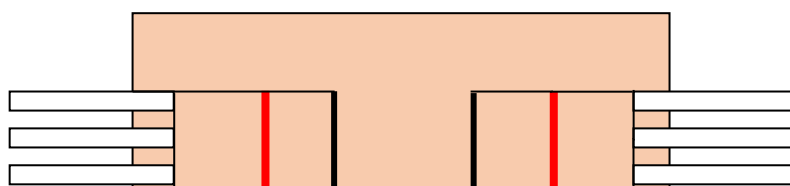
ภาพที่ 2 การประกอบผ้าชิ้นที่ 1 และ 2,3 เพื่อทำเป็นช่องไว้สำหรับสอดหมอน

2.2.3 นำผ้าสำลีชิ้นที่ 4,5 และผ้าสำลีชิ้นที่ 6 เย็บเข้าด้วยกันเป็นสายสำหรับผูกยึดจำนวน 3 เส้น เย็บติดกับผ้า 3 จุด ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การประกอบผ้าชิ้นที่ 4,5 กับ ผ้าชิ้นที่ 6 เพื่อทำเป็นผ้าสำหรับโอบพันทารก

2.2.4 นำผ้าสำลีชิ้นที่ 4 และ 5 เย็บติดกับผ้าสำลีชิ้นที่ 1 โดยเย็บติดกับขอบด้านนอกของผ้าสำลีชิ้นที่ 2 และ 3 จึงจะได้ ส่วนของ ผ้าขวางเตียง ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การประกอบผ้าชั้นที่ 4,5 กับ ผ้าชั้นที่ 1 เพื่อทำเป็นผ้าขวางเตียง

2.2.5 การตัดเย็บหมอนรองทารก ใช้วัสดุหนังเทียมเย็บหมอนรองทารกเป็นรูป ลูกบาศก์สี่เหลี่ยมขนาด 15 ซม.X 45 ซม.X 10 ซม. ใช้ใยสังเคราะห์ใส่ในหมอนจนคงรูปเป็น ปริมาตรสี่เหลี่ยมผืนผ้า เมื่อตัดเย็บเรียบร้อยแล้วจะได้ผ้าขวางเตียงส่งเสริมการให้นมแม่ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 ผ้าขวางเตียงส่งเสริมการให้นมแม่

ระยะที่ 2 เพื่อประเมินผลการใช้นวัตกรรมผ้าขวางเตียงส่งเสริมการให้นมแม่

เมื่อได้สร้างนวัตกรรมผ้าขวางเตียงส่งเสริมการให้นมแม่ต้นแบบเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงได้นำมาทดลองใช้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ทดลองใช้ในห้องปฏิบัติการ กับหุ่นจำลองมารดา และหุ่นจำลองทารก พบว่าขนาด ความกว้างยาวของผ้าเหมาะสม สามารถโอบพัน ผูกยึดได้สะดวก แต่มีข้อจำกัดคือ ช่องสอดหมอนและผ้าพัน ไม่พอดี จึงได้ปรับการออกแบบตัดเย็บผ้าที่ใช้โอบทารกให้ชิดริมบนของผ้าขวาง

ครั้งที่ 2 ทดลองใช้ในห้องปฏิบัติการ กับหุ่นจำลองทารก และใช้อาสาสมัครหญิงที่มีรูปร่างคล้ายคลึงมารดาหลังคลอด พบว่า ผ้าขวางเตียงส่งเสริมการให้นมแม่ มีขนาด ความกว้างยาวของผ้าเหมาะสม สามารถโอบพัน ผูกยึดได้สะดวก ช่องสอดหมอนพอดี จากนั้นจึงทำการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมด้วยการทดลองใช้จริง ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3-4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3-4 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2566-12 เมษายน 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 44 คน 2) ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด จำนวน 44 คน และ 3) พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ซึ่งมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปเครจซี่และมอร์แกน จากข้อมูลสถิติมารดาเตรียมผ่าตัดคลอดเดือนมีนาคม 2565 ซึ่งมีจำนวน 50 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 44 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) มารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอด ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3-4 ซึ่งจะรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน
2. เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอด อายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีข้อห้ามของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความยาวหัวนม มากกว่า 0.7 เซนติเมตร
3. ทารกครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด น้ำหนัก 2,500-3,999 กรัม ไม่มีปัญหาการดูดกลืน ไม่มีภาวะลิ้นติด

4. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมทดลองนวัตกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล มารดาหรือทารกมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด
2. มารดาไม่มีความประสงค์ออกจากการศึกษาทดลองนวัตกรรม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. เป็นญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่ดูแลมารดาในคืนแรกหลังผ่าตัด
2. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมทดลองนวัตกรรม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. เป็นพยาบาลที่ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการใช้นวัตกรรมตั้งแต่แรกเริ่ม
2. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมทดลองนวัตกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. นวัตกรรมผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ โดยมีขั้นตอนการใช้ ดังนี้

1.1 เตรียมเตี๋ยงรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดและปูผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ บริเวณหัวเตี๋ยงโดยให้ด้านบนของผ้าอยู่บริเวณด้านบนส่วนหัวเตี๋ยง

1.2 รับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประเมินสภาพและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยให้มารดาโอบกอดทารกและนำทารกเข้าเต้า โดย

1.2.1 นำนมอรงลำตัวทารกสอดเข้าไปในผ้าขวาง นำทารกวางบนนมอรงโดย ตะแคงเข้าหาอกของมารดา ศีรษะหันเข้าหาเต้านม ปาก อยู่ระดับหัวนม ลำตัว แนบชิดตัวมารดา

1.2.2 นำผ้าสำลี (ชั้นที่ 4 หรือ 5) วางทาบบนลำตัวทารก แล้วนำสายไปผูกยึด กับสายผ้าสำลีอีกด้าน ทั้ง 3 เส้น โดยปรับผูกสาย กระชับแน่นเพียงพอเพื่อความปลอดภัย ผ้าขวางจะช่วย ในการโอบกระชับ ประคองให้ลำตัวทารกแนบชิดกับมารดา

1.2.3 ช่วยเหลือการเข้าเต้าของมารดาในท่านอน ให้ทารกดูดนม 10-15 นาที แล้วจึงเปลี่ยนข้างโดยแกะสายที่ผูกยึดออก อุ้มทารกวางในคลิ๊ป แล้วนำนมอรง ไปสอดอีกข้างแล้วจึงนำ ทารกให้นมในท่านอนอีกข้าง

1.2.4 แนะนำให้ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังคลอด ช่วยเหลือมารดาในการนำทารก เข้าเต้าทุก 2-3 ชั่วโมงโดยใช้นวัตกรรม เน้นย้ำ ผูกยึดทารกไว้อย่างมั่นคง แน่นกระชับยกไม่กั้นเตี๋ยงขึ้น และอยู่ดูแลมารดาตลอดเวลาที่ใช้นวัตกรรม และใช้นวัตกรรมใน 24 ชั่วโมงแรกเท่านั้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ใช้นวัตกรรมผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดประเด็นการประเมินตามวัตถุประสงค์ของ การสร้างนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบันได ขั้นที่ 4 และ 5 และประเมินความ เหมาะสมของนวัตกรรม มีระดับการวัดตั้งแต่ 1-5 โดยระดับ 1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด จนถึง ระดับ 5 หมายถึงมีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดผู้ใช้นวัตกรรม ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด และพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เป็นผู้ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80

2.2 แบบประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ด้วยเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (SPEC.N Breastfeeding assessment) ซึ่งพัฒนาโดย ลมัย แสงเพ็ง หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ประเมินใน 4 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) การดูดนม (Suckling) 2) การเข้าเต้า หรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม (Position) 3) การได้รับน้ำนมเพียงพอ (Enough Breastfeeding) และ 4) ความสุขสบายของหัวนมและเต้านม (Comfort of Nipple and Breast) โดยจะต้องประเมิน ผ่าน ในทุกหัวข้อจึงถือว่า ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เครื่องมือนี้อาจมีความเที่ยงเท่ากับ .89 (Saengpheng, 2022)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการทดลองใช้นวัตกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

1. การขอความยินยอมในการทดลองนวัตกรรม โดยผู้ทดลองนวัตกรรมพบหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาผ่าตัดคลอดที่มีคุณสมบัติตามกำหนดแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งหลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมแล้วจึงให้เซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการทดลองนวัตกรรม

2. การทดลองนวัตกรรม

2.1 วันผ่าตัด เมื่อส่งหญิงตั้งครรภ์ไปห้องผ่าตัดแล้ว นำนวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่มาใช้ปูเตียง โดยปูให้ผ้าชิดกับหัวเตียงเพื่อเตรียมรับมารดาหลังผ่าตัด พร้อมทั้งอธิบายวิธีการใช้นวัตกรรมกับพยาบาลผู้ดูแล และญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังคลอด

2.2 เมื่อรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัดมาที่หอผู้ป่วย มารดาและทารกได้รับการประเมินสภาพแรกรับแล้วไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่

2.3. แนะนำให้ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังคลอด ช่วยเหลือมารดาในการนำทารกเข้าเต้า ทุก 2-3 ชั่วโมง โดยใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่ ผูกยึดทารกไว้อย่างมั่นคง ยกไม่กั้นเตียงขึ้น และอยู่ดูแลมารดาตลอดเวลาที่ใช้นวัตกรรม เมื่อครบ 24 ชั่วโมง จึงเก็บนวัตกรรมและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างต่อเนื่องจนจำหน่าย

3. การประเมินผลการใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่

3.1 ประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

3.2 ประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช โดยได้รับการพิจารณาเห็นชอบและรับรองแบบเต็มคณะเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 เอกสารรับรองเลขที่ A003/2566

ผลการพัฒนานวัตกรรม

1. การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ได้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่ (โอบอกอิมอุ่น) ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการให้นมแม่สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด ตัดเย็บโดยใช้ผ้าสาหลี มีการออกแบบให้

มีช่องสำหรับสอดเบาะรองทารก 2 ช่อง มีหมอนรองลำตัวทารก และมีผ้าสำหรับโอบลำตัวทารกผูกยึด ลำตัวมารดาและทารกเข้าด้วยกัน เมื่อต้องการใช้ให้ปูผ้าขาวเตี๋ยงชิดริมบนติดกับหัวเตียง และให้ใช้ หมอนรองทารกสอดเข้าไปในผ้าขาวด้านที่จะให้นมแม่ เพื่อรองรับตัวทารกและใช้ผ้าพันโอบลำตัวทารก ไว้กับมารดาผูกผ้าให้กระชับ ช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการให้นมท่านอนหงายและนอนตะแคง ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 การใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ (โอบบอกรัดอุ้ง)

2. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

ผลการประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ด้วยเครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ก่อนจำหน่าย

มารดาหลังผ่าตัดคลอด	จำนวน (n=44)	ร้อยละ
ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย	42	95.42
ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย	2	4.58

จากตาราง 1 พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้นวัตกรรมประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ก่อนจำหน่ายร้อยละ 95.42 มีเพียง 2 ราย ที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อน จำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 4.58 ทั้งนี้เนื่องจากยังมีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ

3. ความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่

3.1 ข้อมูลทั่วไป

มารดาหลังผ่าตัดคลอดผู้ใช้นวัตกรรมเป็นมารดาครรภ์แรกร้อยละ 27.27 ครรภ์หลัง ร้อยละ 72.73 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.18 มีช่วงอายุตั้งแต่ 30-34 ปี และ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 70.45 เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดคลอดมาแล้วร้อยละ 68.18 มีเพียงร้อยละ 31.82 เป็นการผ่าตัดคลอดครั้งแรก สำหรับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดใช้แบบเฉพาะส่วนร้อยละ 95.45 ชนิดของแผลผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่เป็นแผลผ่าตัดในแนวขวางร้อยละ 93.18 ส่วนของยาบรรเทาปวดที่ ให้ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ให้มอร์ฟีนร้อยละ 70.45

3.2 ความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมจำแนกตามผู้ประเมิน

ข้อรายการ	มารดาหลังผ่าตัดคลอด			ญาติ/ผู้ดูแล			พยาบาลผู้ดูแล		
	ผู้ใช้นวัตกรรม			มารดาหลังผ่าตัดคลอด			มารดาหลังผ่าตัดคลอด		
	Mean	SD.	แปลค่า	Mean	SD.	แปลค่า	Mean	SD.	แปลค่า
1. ช่วยให้การดาได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกเริ่ม	4.89	.32	มากที่สุด	4.89	.32	มากที่สุด	4.93	.25	มากที่สุด
2. ช่วยให้การดาได้สัมผัสโอบกอดทารกได้นาน	4.89	.32	มากที่สุด	4.86	.35	มากที่สุด	4.86	.35	มากที่สุด
3. ช่วยให้การดาได้ให้นมทารกอย่างต่อเนื่อง	4.80	.41	มากที่สุด	4.80	.46	มากที่สุด	4.89	.32	มากที่สุด
4. ช่วยให้การดาสุขสบายขณะให้นมในท่านอน	4.84	.37	มากที่สุด	4.82	.45	มากที่สุด	4.91	.29	มากที่สุด
5. ช่วยให้น้ำทารกเข้าเต้าง่ายขึ้นในท่านอน	4.80	.41	มากที่สุด	4.84	.37	มากที่สุด	4.91	.29	มากที่สุด
6. ช่วยให้การกปลอดภัยจากการตกเตียง	4.93	.25	มากที่สุด	4.93	.25	มากที่สุด	4.95	.21	มากที่สุด
7. สะดวกในการใช้	4.68	.47	มากที่สุด	4.80	.51	มากที่สุด	4.75	.44	มากที่สุด
8. มีผิวสัมผัสนุ่มนวล	4.80	.41	มากที่สุด	4.68	.47	มากที่สุด	4.77	.42	มากที่สุด
9. มีความสวยงาม	4.73	.50	มากที่สุด	4.68	.52	มากที่สุด	4.68	.47	มากที่สุด
10. ความพึงพอใจโดยรวม	4.82	.39	มากที่สุด	4.89	.32	มากที่สุด	4.93	.25	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.68-4.93 ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการตกเตียง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.93, SD.= .25) รองลงมา คือ ช่วยให้การดาได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกเริ่มและช่วยให้การดาได้สัมผัสโอบกอดทารกได้นาน (Mean=4.89, SD.= .32) ลำดับถัดมา คือ ช่วยให้การดาสุขสบายขณะให้นมในท่านอน (Mean=4.84, SD.= .37) ส่วนรายการมีความสะดวกในการใช้มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean=4.68, SD.= .47)

ความพึงพอใจของญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี้ยส่งเสริมการให้นมแม่ อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการ โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.68-4.93 ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการตกเตียง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.93, SD.= .25) รองลงมา คือ ช่วยให้การดาได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกเริ่มและความพึงพอใจโดยรวม (Mean=4.89, SD.= .32) ลำดับถัดมา คือ ช่วยให้การดาได้สัมผัสโอบกอดทารกได้นาน (Mean=4.86, SD.= .35) ส่วนข้อรายการมีผิวสัมผัสนุ่มนวล และมีความสวยงามมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean=4.68, SD.= .47), (Mean=4.68, SD.= .52) ตามลำดับ

ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการใช้นวัตกรรม อยู่ในระดับมากที่สุดทุกข้อรายการโดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.68-4.95 ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ การช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการตกเตียงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean=4.95, SD.= .21) รองลงมา คือ ช่วยให้การดาได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกเริ่ม (Mean=4.93, SD.= .25) ลำดับถัดมา คือ ช่วยให้การดา

สุขสบายขณะให้นมในท่านอน และช่วยให้ทารกเข้าเต้าน้อยขึ้นในท่านอน (Mean=4.91, SD=.29) ส่วนข้อรายการมีความสวยงาม มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด (Mean=4.68, SD=.47)

3.3 ความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่โดยรวม จำแนกตามผู้ประเมิน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมจำแนกตามผู้ประเมิน

ความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลค่า
มารดาหลังผ่าตัดคลอด	4.82	.27	มากที่สุด
ญาติ/ผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด	4.82	.32	มากที่สุด
พยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด	4.86	.22	มากที่สุด
รวม	4.83	.27	มากที่สุด

จากตาราง 3 พบว่า ความพึงพอใจของการใช้นวัตกรรมผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่จำแนกตามผู้ประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.83, SD=.27) และทั้ง 3 กลุ่ม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.82 ถึง 4.86 โดยพยาบาลผู้ดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด (Mean=4.86, SD=.22)

4. ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ จากผู้ใช้นวัตกรรม

มารดา รายที่ 1 การนำทารกเข้าเต้าโดยใช้ผ้าขวางเตี๋ยงทำให้คุณแม่มีความอุ่นใจ/มั่นใจในการให้นม เนื่องจากไม่ต้องกังวลว่าทารกจะพลัดหลุดจากเตี๋ยงการมีหมอนรองลำตัวทารกทำให้มีความสะดวกในการเข้าเต้า และจะทำให้สัมผัสทารกได้ยาวนาน

มารดา รายที่ 2 ทำให้เพิ่มความมั่นใจในการป้องกันทารกตก ช่วยให้คุณแม่กับทารกได้สัมผัสกัน สร้างแรงบันดาลใจให้คุณแม่ในการเลี้ยงนึ่ง ทำให้น้องได้รับความอบอุ่นจากอกแม่โดยตรง อยากให้เบาะมีการออกแบบหลายขนาด เพิ่มการดีไซน์เบาะให้แนบกับแม่

มารดา รายที่ 3 ผ่อนแรงแม่ในการอุ้มทารก กระชับตัวทารกกับแม่ ไม่ต้องกลัวลูกตก รู้สึกผ่อนคลายในขณะที่นอนกอดทารก

การประเมินผลนวัตกรรม

ผลการประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้นวัตกรรมผ้าขวางเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายสูงถึงร้อยละ 95.42 ทั้งนี้เนื่องจากมารดา ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามหลัก 3 ดูด และมีการใช้นวัตกรรมที่ช่วยให้มารดาได้อุ้มกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อและให้นมทารกได้ตั้งแต่แรกเริ่ม ในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด อีกทั้งการใช้นวัตกรรมช่วยให้มารดาซึ่งมีความเจ็บปวดหลังผ่าตัด สามารถให้นมทารกได้ โดยไม่ต้องตะแคงขยับร่างกายเนื่องจากนวัตกรรมได้ออกแบบให้มีหมอนรองลำตัวทารก ทารกนอนบนหมอนตะแคงเข้าหามารดา ทำให้ปากของทารก อยู่ระดับพอดีกับหัวนมมารดา สามารถช่วยเหลือนมารดาเข้าเต้าในท่านอนหงายได้อย่างถูกวิธี การจัดทำให้นมอย่างถูกต้องในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากจัดทำไม่ถูกต้องย่อมทำให้ทารกดูนมไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเจ็บหัวนมและหยุดให้นมแม่ (Carreiro et al., 2018) และจากการออกแบบให้มีผ้าอุ้มลำตัวทารก ผูกยึดลำตัวมารดาและทารกเข้าด้วยกัน ช่วยให้ทารก

ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ เพิ่มความมั่นใจให้กับมารดาทำให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้ตามความต้องการอย่างต่อเนื่อง แม้จะเป็นช่วงกลางคืน จึงส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้นวัตกรรม ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้นวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.83, SD.= .27) โดยข้อรายการที่มีระดับความพึงพอใจสูงสุด คือ การช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการตกเตียง น่าจะสืบเนื่องมาจากผลของการออกแบบผ้าขาวเตี๋ยงที่ออกแบบให้มีผ้าโอบพันทารกทั้ง 2 ด้าน ผูกเข้าด้วยกัน จึงทำให้มีการผูกยึดลำตัวของทารกกับมารดา ซึ่งทั้งญาติและพยาบาล ต่างก็มีความพึงพอใจในผลที่เกิดจากการใช้ผ้าขาวเตี๋ยงที่ช่วยให้ทารกปลอดภัยจากอุบัติเหตุอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน และสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ระบุว่า ผ้าช่วยทำให้มีความปลอดภัย มีความมั่นใจ รู้สึกถึงความปลอดภัยของทารก สำหรับข้อที่มีความพึงพอใจในลำดับถัดมา คือ ช่วยให้มารดาได้สัมผัสทารกตั้งแต่แรกเริ่มนั้น เกิดจากการใช้ผ้าขาวเตี๋ยงในครั้งแรกนั้น มารดาจะได้โอบกอดทารกทันทีเมื่อทารกมาถึง เป็นการตอบสนองมารดาที่มีความกระตือรือร้นอยากเห็นหน้าทารก อีกทั้งการได้โอบกอดสัมผัสทารกแบบเนื้อแนบเนื้อ จะช่วยสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกให้แน่นแฟ้น ดังนั้นจึงส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในประเด็นนี้สูง ซึ่งทั้งญาติและพยาบาลต่างก็มีความพึงพอใจในประเด็นนี้สูงเช่นเดียวกัน สำหรับประเด็นที่ช่วยให้เกิดความสุขสบายในท่านอน เกิดจากการออกแบบเฉพาะให้มีหมอนรองลำตัวทารกเมื่อทารกนอนศีรษะและความสูงของลำตัวทารกจะอยู่ระดับเดียวกับหน้าอกมารดาทำให้มารดานำทารกเข้าเต้าในท่านอนได้สะดวกขึ้นโดยไม่ต้องขยับตะแคงตัว ซึ่งคล้ายคลึงกับการจัดทำให้นมบุตรแบบนอนหงายประยุกต์ที่ช่วยลดระดับความปวดแผลผ่าตัดและบุตรดูดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ritmun & Inthasorn, 2012) และสอดคล้องกับนวัตกรรมหมอนรองให้นมในท่านอนนั่งเพิ่มพลัง 3 จุด (Chotisuwan, 2020) ที่ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถให้ลูกดูดนมได้เร็วได้ในท่านอน สำหรับข้อที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ความสวยงาม ทั้งนี้เนื่องจาก นวัตกรรมนี้ใช้ผ้าสาส์สีพื้น ไม่มีลวดลาย ซึ่งแตกต่างจากเสื้อผ้า ผ้าอ้อม ผ้าห่มของทารกที่มีลวดลาย น่ารักๆ สีสดใส สวยงาม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำนวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ ไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย
2. ควรมีการพัฒนาแบบการออกแบบนวัตกรรมผ้าขาวเตี๋ยงส่งเสริมการให้นมแม่ ในส่วนของหมอนรองลำตัวทารกให้มีลักษณะเหมาะสมกับมารดาหลังคลอดที่มีรูปร่างแตกต่างกันโดยออกแบบหมอนรองทารกให้มีไซส์ ใหญ่ กลาง เล็ก เพื่อให้สามารถเลือกใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. หลังจากใช้นวัตกรรมร่วมกับการดูบ่อและดูดลูกวิธี ไปแล้ว 24 ชั่วโมง ถ้าพบว่าน้ำนมยังไม่ไหลหรือไหลน้อย อาจเพิ่มการกระตุ้นเต้านมด้วยการนวดเพื่อให้น้ำนมไหลดีขึ้น ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

รายการอ้างอิง

Budsangdee, B. (2014). Self-Efficacy Promotion on Success in Exclusive Breastfeeding among Cesarean Section Mothers. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 7(1), 1-9. (in Thai)

- Carreiro, J. D. A., Francisco, A. A., Freitas de Vilhena Abrao, A. C., Marcacine, K. O., Abuchaim, E. D. S., & Coca, K. P. (2018). Breastfeeding difficulties: Analysis of a service specialized in breastfeeding. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(4), 430-438
- Chitsom, S., Saenrian, B., & Tonthong, P. Pain Management after Cesarean Section. *Regional Health Promotion Center* 9, 16(3), 869-881. (in Thai)
- Chotisuwan, S. (2020). The Innovative Breastfeeding Pillow, Lying Position, Sitting Position, Increasing 3 Power of Sucking. Quality fair project knowledge management R2R Research and innovation: Health Area 11. (in Thai)
- Kala, S. (2018). *Breastfeeding Support: Nurse' Role*. Songkhla: Chanmuang printing. (in Thai)
- Khotsang, K., Sangin, S., & Chuahorm, U. (2016). The Effects of Lactational Program on Milk Secretion Time, onset of Lactation and Breastfeeding Self-Efficacy in Mothers after Cesarean Section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(1), 13-26. (in Thai)
- Kiyak, H., Bolluk, G., Canaz, E., Yüksel, S., & Gedikbası, A. (2019). The Evaluation of Cesarean Section Rates in Accordance with Robson Ten-group Classification System and the Data of Perinatology (Tertiary Center). *Perinatal Journal Perinatoloji Dergisi*, 27(2), 89-100.
- NSO, & Unicef. (2019). Generating Evidence to Diliver for Children. Retrieved January 5, 2023, from <https://www.unicef.org/thailand/media/5151/file/>
- Pluemjai, K., Kala, S., & Kritcharoen, S. (2022). The Effects of a Lactation Promotion Program On Milk Ejection and Lactation Time among Mothers with Cesarean Section. *Journal of Nursing and Education*, 15(2), 55-72. (in Thai)
- Ritmun, N., & Inthasorn, A. (2012). Effect of Positioning Breastfeeding on Pain Level and Latch-on for Cesarean Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 32(3), 37-49. (in Thai)
- Saengpheng, L. (2022). Development of a Breastfeeding Assessment Tool and Evaluation of Its Use in Postpartum Ward of Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2(1), 55-66. (in Thai)
- Siriwanransan, P. (2015). The Role of the Ministry of Public Health in Promoting Breastfeeding. *The 5th National Breastfeeding Conference*. Bangkok: Print and more. (in Thai)
- Tharana, N. (2020). Promoting and Supporting Breastfeeding in Postpartum Mothers With Cesarean Section. *Nursing Journal*, 48(4), 324-335. (in Thai)
- Wongphinit, U. (2014). Nurse's Role in Promoting Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 24-32. (in Thai)

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-nursing โรงพยาบาลระนอง

พิมพิจา เหลืองอ่อน, โรงพยาบาลระนอง, e-mail; pimjai0892927982@gmail.com

กัลยาณี นาคฤทธิ์, โรงพยาบาลระนอง, e-mail; sassy.kanme19@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล เริ่มดำเนินการตั้งแต่มิถุนายน 2565 ถึง สิงหาคม 2566 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 3) การประเมินผลลัพธ์การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมประกอบด้วย แบบประเมินคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า การปฏิบัติตามระบบฯของพยาบาลวิชาชีพ ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายและทีมสหสาขาวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า การเยี่ยมบ้าน ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่สัมพันธ์กัน

ผลจากการนำระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นพบว่า 1) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) 2) ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) 3) ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกลอยู่ในระดับมาก (Mean=4.37, SD=.64) 4) มีกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.29 5) ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 81.55 6) ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) 7) ระยะเวลาของกระบวนการบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ด้านผู้ให้บริการ 1) พยาบาลมีการปฏิบัติตามระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ร้อยละ 100 2) ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพอยู่ในระดับมาก (Mean=4.16, SD=.69) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกลส่งผลในการเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล ลดค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการบริการ ดังนั้นควรนำระบบดังกล่าวไปกำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองต่อไป

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, การพยาบาลทางไกล, การดูแลแบบประคับประคอง

The Development of the Palliative Care System for End- of-Life Patients by using Tele-nursing, Ranong Hospital

Pimjai Luangon, Ranong Hospital, e-mail; pimjai0892927982@gmail.com
Kanyanee Nakarit, Ranong Hospital, sassy.kanme19@gmail.com

Abstract

This study is the Research and development. The project aims to develop a palliative care system for Tele-nursing and the study on the outcome of the development of a palliative care system for Tele-nursing. Nursing has begun operations from June 2022 to August 2023. The operation consists of 3 phases: 1) Situation analysis 2) Designing and developing the system of palliative and end-of-life care services 3) Evaluation of the system of palliative and end-of-life care services system. Thirty healthcare officers of the interdisciplinary team and thirty-two palliative patients were recruited to participate. The research tool used a quality-of-life assessment form, anxiety and depression scale, system compliance of nurses, and satisfaction questionnaires of the palliative care for end- of-life patients and interdisciplinary teams, form for recording information on family meeting activities and advance care planning home visit the treatment cost and the duration of the service process. Qualitative data were analyzed using content analysis. Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation including paired t-test $p < .05$ was considered a statistically significant difference.

The effects of developing the Tele-nursing system for palliative care on patients are as follows: 1) patients' quality of life, which was increased significantly at $p < .01$. 2) Anxiety and depression significantly reduced at $p < .01$. 3) The satisfaction of patients with the Tele-nursing system was $4.37 \pm .64$, indicating at a high level 4) increase of family meetings and advanced care plan activities at 89.29 % 5) increase of frequent home visits for the patients based on the criteria at 81.55 % 6) The treatment cost that was decreased with statistical significance at $p < .01$. 7) The service process that was decreased with statistical significance at $p < .01$. The effects of developing the Tele-nursing system for palliative care on officers of interdisciplinary teams: 1) The nurses using the Tele-nursing system to follow up with the patients was at 100 percent. 2) The satisfaction of the interdisciplinary team was $4.16 \pm .69$, indication a high level. Our results indicated that the development of a Tele-nursing system for palliative care results in an increase in quality of patient life, reduces anxiety and depression, and reducing the cost of treatment and service duration. Therefore, the Tele-nursing system for palliative care should be supported as a policy used for palliative care for end-of-life patients.

Keyword: The Palliative Care System, Tele-Nursing, Palliative Care

บทนำ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า แต่ละปีทั่วโลกมีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 58.6 ล้านคน ทั่วโลกที่ต้องการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพด้วยโรคที่คุกคามชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังร้อยละ 10.3 โรคเอดส์ร้อยละ 5.7 โรคเบาหวานร้อยละ 4.6 แต่มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ป่วยระยะท้ายทั่วโลกที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตามความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด ปอดอักเสบและโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายจึงเป็นความต้องการจำเป็นของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยได้ประกาศนโยบายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามหลักวิชาการแบบไร้รอยต่อเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายของปัจเจกบุคคล (Pathomporn, 2020) และมีการผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.2557-2559 โดยเน้นให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีการจัดระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Medicine Khon Kaen University, 2017) ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายสำหรับวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาซับซ้อนทำให้พยาบาลต้องใช้ทักษะผสมผสานในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการเป็นผู้ประสานงานการดูแลสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งบุคลากรสุขภาพอื่นๆ (Sekse, Hunskaer & Ellingsen, 2017) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง และสามารถเผชิญกับความตายที่จะมาถึงในระยะเวลาอันใกล้ได้อย่างสงบ

จากสถิติของผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระนองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเท่ากับ 485,722 และ 627 รายตามลำดับ โรงพยาบาลระนองเริ่มดำเนินการจัดตั้งศูนย์เยี่ยมรักษามะเร็งใน ปี พ.ศ. 2558 เพื่อจัดตั้งเครือข่ายในการดูแลระดับจังหวัดและโรงพยาบาล มีพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) ที่ทำหน้าที่นี้ จำนวน 1 คนซึ่งไม่เพียงพอกับจำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อเป้าหมายตามที่ผู้ป่วยต้องการได้ ดังนั้นใน ปี พ.ศ.2562 ได้มีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็น 2 คน มีระบบรับปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงมีบริการให้ยืมอุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นไปใช้ที่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ “การตายที่ดี” (Good Death) ซึ่งผลการดำเนินงานปี พ.ศ.2563-2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าคิดเป็นร้อยละ 68.13, 76.4 และ 75.6 ซึ่งไม่ถึงค่าเป้าหมาย ทั้งนี้ อาจมาจากการปรับเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบด้านนี้ และบุคลากรไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ที่สำคัญยังไม่มีมีการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบางรายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไม่มีความมั่นใจหรืออาจจะไม่เห็นถึงความสำคัญในการให้การดูแลแบบประคับประคอง หรือมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายส่งผลให้ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้รับการดูแลที่มีความแตกต่างกัน และอัตราการเยี่ยมบ้านใน ปี พ.ศ.2563-2565 คิดเป็นร้อยละ 49.9, 44.8 และ 47.13 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย เพราะบุคลากรในการติดตามเยี่ยมบ้านไม่เพียงพอ รวมถึงระบบการประสานงานไม่ต่อเนื่องทำให้การส่งต่อข้อมูลล่าช้า ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนได้รับการเยี่ยม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเดินทางมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากระยะทางไกลหรือความยากลำบากในการเดินทางมาพบแพทย์แต่จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกๆ มิติ

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าวิชาชีพอื่นๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่า พยาบาลจะถูกคาดหวังจากผู้ป่วยระยะท้ายและญาติมากที่สุด (Angkana & Wittipong, 2021) เนื่องจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพราะเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้นพยาบาลต้องใช้ทั้งความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์และประสบการณ์ใหม่ๆ ที่ปรับเปลี่ยนให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้ถูกพัฒนาขึ้นในหลากหลายรูปแบบ ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะวิชาชีพพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย จำเป็นต้องมีความสามารถในการคิดค้น สร้างนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาให้ตรงตามความต้องการมากที่สุดโดยเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล ให้ผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากอย่างมีคุณภาพ (Angkana & Wittipong, 2021) การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจึงมีความจำเป็นโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและด้วยอาการของโรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิตทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมทั้งความต้องการอยู่กับครอบครัวที่บ้านเพื่อลดการเดินทาง ลดเวลาการเข้าถึงบริการสุขภาพได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาการดูแลแบบประคับประคองโดยการนำเทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมเพื่ออำนวยความสะดวกในการตรวจรักษาจากทีมแพทย์และพยาบาลพบว่าการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการสื่อสาร ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งในรูปแบบ Video Call เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถมองเห็นภาพผู้ป่วย อาการ อาการแสดงและสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อนำมาประกอบในการตรวจรักษาและให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างไรก็ตามการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในมุมมองจริยธรรมจะต้องพึงระวังในเรื่องการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย แม้ว่าส่วนใหญ่จะมีการตั้งระบบเป็นกลุ่มปิดและมีเฉพาะเจ้าหน้าที่ (Phamonrut, 2019) เนื่องจากข้อความจากการสื่อสาร ภาพถ่าย หรือวิดีโอต่างๆ อาจถูกนำออกไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย

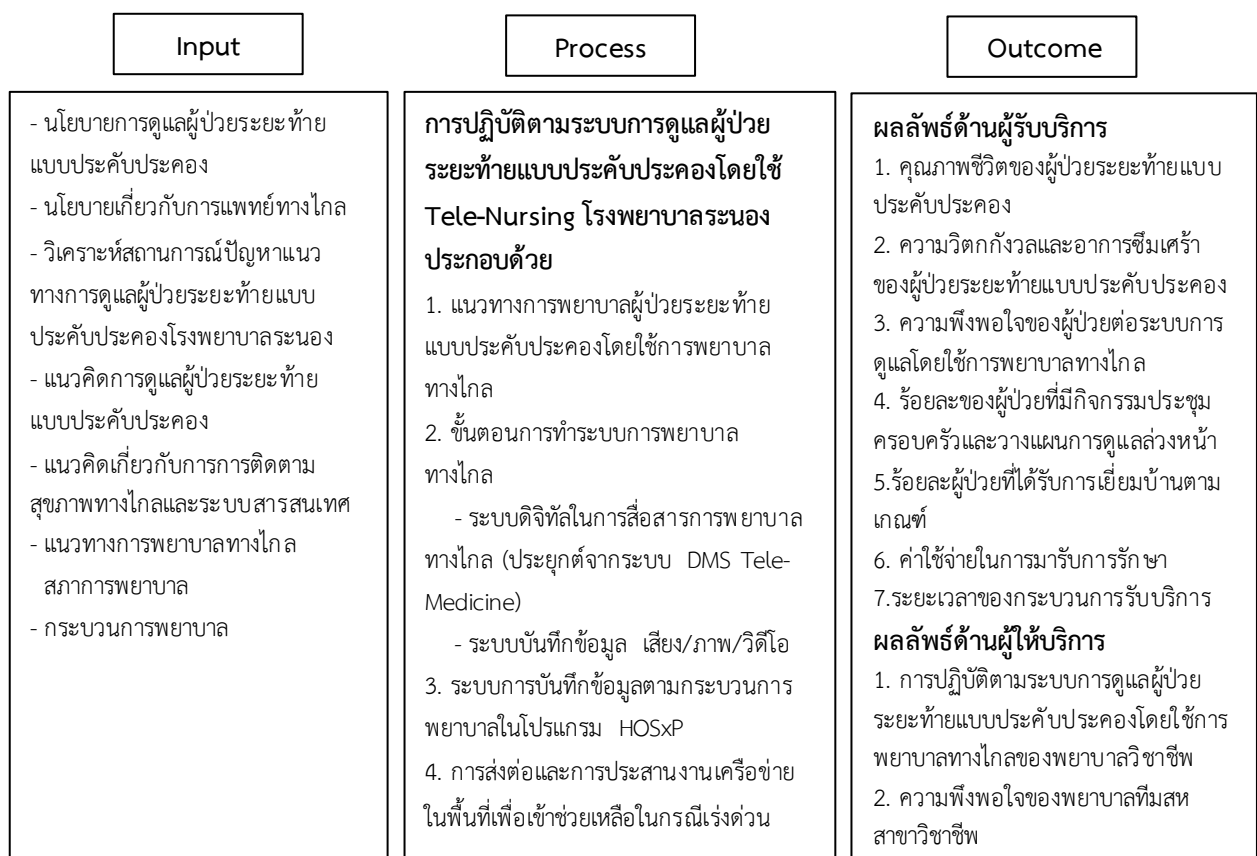
ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวัน แต่พบว่าการจัดการบทบาทของพยาบาลในระบบการพยาบาลทางไกลยังมีน้อย ระบบการพยาบาลทางไกลก็เป็นอีกหนึ่งแนวคิดใหม่ที่สามารถนำมาใช้เพื่อยกระดับการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดยสมาคมพยาบาลนานาชาติได้กำหนดให้การพยาบาลทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อให้บริการพยาบาลและปฏิบัติทางการพยาบาลแก่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล โดยเน้นการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต อุปกรณ์ติดตามทางไกลในการประเมิน วางแผนและประเมินผลการดูแลพยาบาล ซึ่งมีการปฏิบัติอย่างกว้างขวางในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยพบว่าในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่น เนปาล มีการเริ่มตระหนักที่จะนำไปใช้ปฏิบัติ (Sumitra, 2018) สำหรับในประเทศไทยการพยาบาลทางไกล ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษาของสภาการพยาบาล พ.ศ.2564 หมายความว่า การพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนำระบบสุขภาพดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ปัจจุบันพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระนองมีอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ทัน จึงใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามอาการผู้ป่วย ซึ่งยังพบปัญหาเรื่องการสื่อสาร เนื่องจากสัญญาณไม่ชัดในพื้นที่ห่างไกล การละเมิดสิทธิผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบการเยี่ยมที่ชัดเจน การใช้กระบวนการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลยังไม่เป็นรูปธรรม มีเพียงการพูดคุยซักถามอาการและให้คำปรึกษาแนะนำ แต่ไม่มีรูปแบบการบันทึก การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนและให้การพยาบาล การประเมินผล

ที่ชัดเจน อันเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลโดยการขับเคลื่อนระบบการพยาบาลทางไกลให้บรรลุเป้าหมาย สร้างระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลด้วยการบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก แนวทางการพยาบาลทางไกลของสภาการพยาบาล และแนวคิดการติดตามสุขภาพทางไกลและระบบสารสนเทศเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางร่วมกับแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยจะทำให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลที่เหมาะสม มีการเชื่อมโยงประสานงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพครอบคลุมแบบองค์รวม ลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีความยากลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพร้อมที่จะจากไปอย่างสงบเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-Nursing โรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-Nursing โรงพยาบาลระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2565-สิงหาคม 2566

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง 2) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีคุณสมบัติคือ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองรายเก่าจำนวน 15 คน สื่อสารภาษาไทย พูดคุยสนทนาได้และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 14 คน สำหรับการประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล กลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มาใช้บริการตั้งแต่เดือนมิถุนายน-สิงหาคม 2566 จำนวน 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีระดับความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม(Palliative Performance Scale: PPS) ตั้งแต่ร้อยละ 30- 60 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ฟังพูดสนทนาได้และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติจนครบกระบวนการ เช่น ย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและคลินิก จำนวน 22 คนและทีมสหสาขาวิชาชีพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับมอบหมายให้เป็นทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออก คือ มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามระยะการวิจัยดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสำรวจปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระนอง ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง(Semi-Structured Interviews)สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองรายเก่าจำนวน 6 ข้อ สำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ข้อ เกี่ยวปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ความต้องการการช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะ หากคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้ชัดเจนก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล แบ่งออกเป็น

วงรอบที่1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อศึกษาความพร้อมใช้และปัญหาหลังการใช้ระบบสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 5 ข้อ สำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 4 ข้อ หากคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและแบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ หากคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

วงรอบที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์แบบประเมินความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกล,แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-30 (ฉบับไทย)และแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แบบสอบถามการปฏิบัติตามระบบฯ ของ

พยาบาลวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อเป็นแบบตรวจสอบรายการประเมิน “การปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” หาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-Rater Reliability) เท่ากับ .93 และ .90 ตามลำดับ พัฒนาได้เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้การพยาบาลทางไกล ประกอบด้วย 1)แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้การพยาบาลทางไกล 2)ขั้นตอนการทำการพยาบาลทางไกล 3)ระบบการบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาลในโปรแกรม HOSxP 4)การส่งต่อและการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้ Tele-Nursing เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินคุณภาพชีวิต EORTC QLQ-30 (ฉบับไทย) 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS) 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตามระบบฯของพยาบาลวิชาชีพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 15 ข้อและ แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 18 ข้อ หาค่าคุณภาพเครื่องมือเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .84 และ .92 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 และ .88 มีลักษณะคำตอบประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือน้อย ปานกลาง และมาก 6) แบบบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการเยี่ยมบ้าน 7) แบบบันทึกข้อมูลค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการบริการ

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ และสำรวจปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลระนองเป็นการรวบรวมข้อมูลจากข้อมูล 2 แหล่ง คือ 1) แหล่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เวชระเบียน รายงานผลตัวชี้วัดและการประชุมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกข้อมูลผลการวิเคราะห์เอกสาร 2) จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองรายเก่าจำนวน 15 ราย 2) พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 14 คน

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล ดำเนินการ 2 ครั้ง ดังนี้

วงรอบที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนาระบบ ดังนี้ 1)ประชุมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 1 ครั้ง เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์และร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้การพยาบาลทางไกลตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงการติดตามต่อเนื่องในชุมชน 2) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบของระบบที่สร้างขึ้นจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และปรับแก้ให้มีความเหมาะสมของระบบในการนำไปใช้ 3) หัวหน้าพยาบาล ประกาศนโยบายและเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานตามร่าระบบ 4) ทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลครั้งที่ 1 (ธันวาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566) กับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 10 คน 5) ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนการใช้ระบบ และกำกับนิเทศติดตามระบบที่

พัฒนาขึ้น 6) ประเมินผลและนำเสนอต่อคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและปรับปรุงพัฒนา

วงรอบที่ 2 นำผลจากวงรอบที่ 1 มาพัฒนาปรับปรุงและนำไปสอบถามความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อความเหมาะสมของระบบและได้รับข้อเสนอแนะคือ ควรมีการทำวิดีโอแนะนำวิธีการใช้ระบบการพยาบาลทางไกลซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจการเข้าร่วมรับบริการพยาบาล และการทำ QR Code การใช้อุปกรณ์ต่างๆขณะอยู่ที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมดังกล่าวโดยดำเนินการประชุมปรึกษาร่วมกับทีมและนำไปทดลองใช้ครั้งที่ 2 (มีนาคม-พฤษภาคม 2566) กับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองจำนวน 15 คน พยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 14 คน จนได้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยใช้การพยาบาลทางไกลที่ชัดเจนและประกาศใช้จริง ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน-31 สิงหาคม 2566

ระยะที่ 3 ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลระหว่างวันที่ 5 มิถุนายน-31 สิงหาคม 2566 โดยประเมินผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ความพึงพอใจ ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการรับบริการของผู้ป่วย จำนวน 32 คน ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การปฏิบัติตามระบบของพยาบาลวิชาชีพและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สรุปเป็นประเด็นสำคัญขององค์ประกอบระบบ
ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่สัมพันธ์กัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หนังสือเลขที่ COA_PHRN 018/2565 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 และผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยหรือตัวแทนของผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการบริการการพยาบาลที่จะได้รับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังผลงานวิจัยเผยแพร่ 1 ปี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลระนอง สรุปเป็นประเด็นสำคัญ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลระนองก่อนการพัฒนา

สร้างประเด็นย่อย	รหัสเริ่มต้น	รหัสสุดท้าย
P01: เดินทางมาหาหมอลำบาก บ้านอยู่ไกล ต้องเหมารถมา ถ้ามาถี่ๆไม่ไหว ค่ารถแพง	ลดค่าใช้จ่าย,ลดระยะเวลาของผู้ป่วย	การพยาบาลทางไกล

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เข้ารับบริการการรักษาใน
โรงพยาบาลระนองก่อนการพัฒนา (ต่อ)

สร้างประเด็นย่อย	รหัสเริ่มต้น	รหัสสุดท้าย
N04: ปัจจุบันเยี่ยมทางไลน์ สัญญาณติดขัด บางครั้งคุยกันไม่ได้ยิน	เพิ่มประสิทธิภาพเทคโนโลยี	
N06: การเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่เป็นพยาบาลPCN เยี่ยมไม่ทันกับจำนวนผู้ป่วย	อัตรากำลังไม่เพียงพอกับภาระงาน	
P02: ไม่ค่อยอยากมาโรงพยาบาล มาที่เป็นวันรอนาน เหนื่อย อยากอยู่บ้านมากกว่า	ต้องการอยู่กับครอบครัวมากกว่า	การให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
P03: บางครั้งอาการที่โรงพยาบาลกับที่บ้านไม่เหมือนกัน ไม่รู้จะทำยังไงให้หาย	ได้รับข้อมูล/คำแนะนำไม่เพียงพอ	
P04: ผู้ป่วยอาการยังไม่ดี ไม่กล้าพาลกลับบ้าน กลัวเป็นอะไรไป ทำอะไรไม่ถูก	ผู้ดูแลหลักขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	
P05: ออกจากโรงพยาบาลนานแล้ว แต่ไม่เห็นมีใครไปเยี่ยมที่บ้าน อนามัยก็ไม่ได้ไป	บางรายไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากระยะทางไกล	
D01: ถ้าพยาบาลดูแลติดตามตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้านต่อเนื่องจะดีมาก	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย	การดูแลต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูล
PH01: กรณีที่มีอาการรบกวนเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล น่าจะมีช่องทางช่วยเหลืออื่นๆ	เพิ่มช่องทางการช่วยเหลือ	
N010: แนวทางที่ให้มาก็มีหลายอย่าง ทำให้เวลาประเมินผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะใช้แบบไหน	แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร

P: patient, D: doctor, N: nurse, PH: pharmacist

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจรโดยใช้การพยาบาลทางไกล มีการดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้ วงรอบที่ 1 พบว่าความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.55, SD=.36) จากการสัมภาษณ์พบว่า แนวทางการพยาบาลและการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้การพยาบาลทางไกลยังไม่เป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาลระนอง ขณะให้บริการการพยาบาลทางไกลใช้หน้าจอดีเดียวกับการบันทึกอาการรวมถึงระบบสัญญาณการบันทึกภาพและเสียงไม่เสถียร ปัญหาการเก็บข้อมูลเอกสาร ด้านผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลบางรายที่ต้องการเข้ารับการดูแลแบบการพยาบาลทางไกลไม่มีโทรศัพท์ของตนเอง บางรายกลับมารักษาซ้ำไม่สามารถจำแนกรายเก่า/ใหม่ทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน ได้มีการปรับปรุงระบบโดยการพัฒนาแนวทางการจำแนกผู้ป่วยที่ผ่านการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยการใส่ Wrist Band เป็นสัญลักษณ์ประสานศูนย์ระบบสารสนเทศในการติดตั้งระบบการพยาบาลทางไกลใหม่ เพิ่มประสิทธิภาพของการบันทึกภาพและเสียงมากขึ้น เพิ่มการเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต พัฒนาการบันทึกตามกระบวนการพยาบาลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์และเพิ่มความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วยโดยการยืนยันตัวตน (Authentication) นำระบบที่พัฒนาไปสอบถามความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้รับข้อเสนอแนะ คือ ควรทำวิดีโอแนะนำวิธีการใช้การพยาบาลทางไกลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยและการทำ QR code การใช้เครื่องอุปกรณ์ต่างๆขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกิจกรรมดังกล่าวและนำไปใช้ทดลองในวงรอบที่ 2 พบว่าความเป็นไปได้ในการใช้การพยาบาลทางไกลในการดูแลผู้ป่วยระยะ

ท้ายแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean=4.32, SD=.92) หลังพัฒนาพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางร้อยละ 93.33 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Nonparametric Test แบบ The Mann-Whitney U Test ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (n=15)		กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกล (n=15)		Z	p-value
	Mean Rank	Sum of Rank	Mean Rank	Sum of Rank		
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	15.47	232.00	15.53	233.00	-0.021	.983
ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	20.43	306.50	10.57	158.50	-3.078	.002

****p<.01**

จากตารางที่ 2 พบว่า ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการดูแลปกติกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลทางไกลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ผลการเรียนรู้ที่ได้จากระยะที่ 2 นำมาวางแผนเดียวกันทั้งระบบตามบริบทโรงพยาบาลระนอง ประกอบด้วย 1) แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล 2) ขั้นตอนการทำการพยาบาลทางไกล ประยุกต์จากระบบ DMS Tele-Medicine และมีระบบบันทึกข้อมูล เสียง /ภาพ/ วิดีโอ 3) ระบบการบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาลในโปรแกรม HOSxP 4) การส่งต่อและการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเข้าช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล (n=32)

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	5.62	1.43	9.93	1.21	-13.66	<.001
ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	21.96	2.08	15.22	2.85	13.61	<.001

****p<.01**

จากตารางที่ 3 พบว่า คุณภาพชีวิตและความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าโดยรวมของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนาระบบการดูแลแตกต่างก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ผลลัพธ์	จำนวน (คน)	Mean	SD.	ระดับ
ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง	32	4.37	.64	มาก
ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ	30	4.16	.69	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและทีมสหสาขาวิชาชีพต่อระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 5 ร้อยละของผลการดำเนินงานก่อนและหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ผลการดำเนินงาน	เป้าหมายร้อยละ	ก่อนการพัฒนา 2565 ร้อยละ	หลังการพัฒนา 2566 ร้อยละ
- ร้อยละของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า	มากกว่า ร้อยละ 80	75.6	89.29
- ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	มากกว่า ร้อยละ 60	47.13	81.55

จากตารางที่ 5 พบว่าหลังจากพัฒนาระบบผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมีกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า และได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 89.29 และ 81.55

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและระยะเวลาของกระบวนการบริการเฉลี่ยต่อคนต่อครั้งของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนและหลังการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล

ผลลัพธ์	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษา	872.90	251.41	191.87	49.08	14.81	<.001
ระยะเวลาของกระบวนการบริการ	120.04	93.15	34.56	5.23	10.25	<.001

** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการบริการหลังพัฒนาลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล โรงพยาบาลระนอง โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโดยการสัมภาษณ์ การทบทวนเวชระเบียน และศึกษารายงานตัวชี้วัด พบว่า ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่ได้รับการทำกิจกรรมประชุม

ครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้าและติดตามเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดทำให้ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมของผู้ดูแลก่อนจำหน่าย,บุคลากรในการติดตามเยี่ยมบ้านไม่เพียงพอ การประสานงานที่ไม่ต่อเนื่องทำให้การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยล่าช้า ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนได้รับการเยี่ยม รวมถึงอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ทัน หรือจากปัญหาของผู้ป่วยเอง เช่น ความยากลำบากในการเดินทาง, มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ, ต้องการอยู่กับครอบครัวที่บ้านมากกว่า เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆมิติ จึงได้มีการพัฒนาในการติดตามอาการผู้ป่วยโดยใช้ไลน์ แอปพลิเคชัน แต่ยังมีปัญหาด้านการสื่อสารและไม่มีรูปแบบการเยี่ยมที่ชัดเจนเสี่ยงต่อการละเมิดสิทธิผู้ป่วย เมื่อทำการศึกษาศาณการณและพัฒนาระบบร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนำนโยบาย แนวคิดต่างๆจากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบ เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล,การติดตามสุขภาพทางไกล, การพยาบาลทางไกล เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวจนได้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) แนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล เน้นการให้คำปรึกษาแนะนำ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การประเมินความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงสอนวิธีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นต้น 2) ขั้นตอนการทำ Tele-nursingพัฒนาร่วมกับศูนย์ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาลระนอง ประยุกต์มาจากระบบการแพทย์ทางไกล (DMS Tele-Medicine) ของกรมการแพทย์นำมาปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลระนอง 3) พัฒนาการบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาลในโปรแกรม HOSxP โดยใช้แบบประเมินและติดตามอาการต่างๆ ในผู้ป่วยระยะท้าย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) มาเป็นแบบสร้างโปรแกรมบันทึกทางการพยาบาล 4) การดูแลส่งต่อและประสานงานเครือข่ายในพื้นที่กรณีพบปัญหาเร่งด่วน มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและส่งต่อข้อมูลทางแอปพลิเคชัน พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลสามารถนำมาใช้จริงกับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองทำให้พัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลระนองมากที่สุด รวมถึงการนำแนวคิดเชิงทฤษฎีระบบมาเป็นกรอบในการบริหารจัดการในการขับเคลื่อนระบบการพยาบาลทางไกล โดยมองความสัมพันธ์ต่างๆ แบบองค์รวมและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อนำสู่การปฏิบัติจึงได้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับประกาศสภาการพยาบาล (พ.ศ.2563) เรื่อง แนวทางการพยาบาลทางไกลที่มีนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการพยาบาลที่ให้การพยาบาลแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกล โรงพยาบาลระนอง พบว่า หลังพัฒนาระบบผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการจัดการอาการรบกวนได้ดีและมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนน้อยลงทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดีเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนายามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากการติดตามประเมินระดับความสามารถในการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่บ้านอย่าง

สม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการอาการบรรเทาหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paengpan et.al (2022) ที่พบว่า ผลลัพธ์การเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด สามารถบรรเทาอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านผ่านระบบแพทย์ทางไกลได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถจัดการอาการบรรเทาจากพยาธิสภาพของโรคได้ จะช่วยลดความวิตกกังวลและการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองหลังการพัฒนาระบบทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Suvunna (2018) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมการติดตามเยี่ยมอาการทางโทรศัพท์ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ Weerachon (2023) ที่พบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ญาติต่อรูปแบบการรับและส่งต่อโดยใช้เครือข่ายสุขภาพร่วมกับระบบการแพทย์ทางไกลหลังพัฒนาอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการพบว่า เมื่อมีการนำระบบที่พัฒนาแล้วไปใช้ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางทางคิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลทางไกลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ได้รับการฝึกอบรมและฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผลลัพธ์ดังกล่าวดีขึ้น สอดคล้องกับ Worrarat (2017) ที่พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามหลักเกณฑ์ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งการมีโอกาสดูแลความคิดเห็นและพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลที่เอื้อและง่ายต่อการปฏิบัติงานจนได้แนวทางที่ชัดเจนร่วมกัน เช่น การพัฒนาแบบบันทึกการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่งปริกษาระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพโดยผ่านสื่อดิจิทัลเป็นต้นเพื่อง่ายและสะดวกต่อการให้บริการ ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกรักภาคภูมิใจและพึงพอใจในงาน ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจทีมสหสาขาวิชาชีพหลังพัฒนาระบบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapimrat & Arinrada (2021) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของ Thitima (2020) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่สามารถบูรณาการให้เข้ากับบริการพยาบาลทั้งฝ่ายต่อการปฏิบัติจะทำให้คุณภาพบริการพยาบาลภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมประชุมครอบครัวและวางแผนการดูแลล่วงหน้า รวมถึงได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการทำให้ครอบครัวเข้าใจและยอมรับ ร่วมวางแผนการดูแลจนถึงวาระสุดท้าย บรรเทาความเจ็บป่วยทั้งร่างกายจิตใจและจิตวิญญาณรวมถึงการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Nittaya & Teepatad, 2019) ตลอดจนประสานส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆในท้องถิ่นเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านต่างๆและร่วมดูแลผู้ป่วยในชุมชน หากพบปัญหาเร่งด่วนหรือต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดมีการประสานเครือข่ายเพื่อให้การดูแลร่วมกัน เช่น เครือข่ายในชุมชน หรือ บริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยการใช้บริการ 1669 เป็นต้น การพยาบาลทางไกลเป็นการใช้เทคโนโลยีที่ทำให้เกิดการสื่อสารสองทางทั้งภาพและเสียงที่สามารถสื่อสารกันชัดเจน ทำให้สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ทันทีส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่าย สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้ตั้งแต่แรก ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเล็กน้อย ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยที่บ้านอยู่ไกลหรือเดินทางมาพบแพทย์ลำบาก ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังพัฒนาระบบสามารถลดค่าใช้จ่ายในการมารับการรักษาและระยะเวลาของกระบวนการรับ

บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Daravan, et.al (2021) ที่พบว่า การใช้ระบบแพทย์ทางไกลในผู้ป่วย ล้างไตทางช่องท้องทำให้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการและระยะเวลาเดินทางและระยะเวลามารอ รับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงผลสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคองโดยใช้การพยาบาลทางไกลที่เกิดผลดีกับผู้ป่วย คือ ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการมารับบริการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบมาจากนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับกระทรวง ผู้บริหารระดับโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลให้ความสำคัญกำหนดเป็นนโยบายและสนับสนุน ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาหาระหว่างดำเนินการพัฒนา มีการมอบหมายทีมงานโดยมีพยาบาลวิชาชีพและ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา จนเป็นระบบที่ชัดเจนดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และบรรลุผลลัพธ์ตามเป้าหมายได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. เสนอนโยบายส่งเสริมการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการพยาบาลทางไกลควบคู่กับการแพทย์ ทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัด ผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาส ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือเศรษฐกิจไม่ ดี หรือกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่สามารถพามาโรงพยาบาลได้ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม
2. ขยายผลในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลทางไกลไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีการติดตามหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีบาดแผล หลังคลอดกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วย มะเร็ง ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการ เป็นต้น
3. นำระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้การพยาบาลทางไกลไปใช้ในหน่วยงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาเรื่อง อัตราการล้มป่วยาล ช่วยลดภาระงานและประหยัดเวลาในการเดินทาง สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย เช่น ทีมการพยาบาลชุมชน ทีมดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ทีมดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทีมดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น
4. มีการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ในรูปแบบอื่นๆในผู้ป่วยที่ไม่สามารถใช้ระบบ DMS การพยาบาลทางไกลได้ โดยใช้แพลตฟอร์มที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใช้ได้ง่าย เช่น Line Official Ranong Hospital ที่สามารถยืนยันตัวตนและไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

- Angkana, C & Wittipong, C. (2021). Challenges of nurses in developing a palliative care innovation in Thailand. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 2-15. (in Thai)
- Daravan, R., Intira, S., Saraporn, M., Atiya, S., Suthanan, K., Patpong, U., Pheeradetch, S., Benjaporn, R., & Anant, K. (2021). The Development of Telemedicine for Caring Patient undergoing Peritoneal Dialysis Lesson Learned from the COVID 19 Pandemic. *Health Systems Research Institute*. (in Thai).
- Karunruk palliative Center Srinakarin Hospital Faculty of Medicine Khon Kaen University . (2017). *Guidelines for Operating a palliative care center in the hospital of the Karunruk Center*. (1st edition). Krungnana wittaya Printing Ltd. (in Thai).

- Nittaya, S & Teepatad, C. (2019). Role of Palliative Care Nurses in Tertiary Hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 26-34. (in Thai).
- Paengpan, S., Parichart, P., Natchaya, B., & Sriveing, P. (2022). Outcome of Palliative Patients who Received Telemedicine Home Visits During the COVID-19 Pandemic : A Retrospective Study. *Srinagarind Medical Journal*, 37(1), 75-81. (in Thai).
- Pathomporn, S. (2020). *Introduction*. In Pathomporn, S., & Dueanpen, W., (ED), Manual of Caring for palliative and end-of life patients (For medical personnel) (1-5). Printing Office Agency to assist veterans Organization (in Thai).
- Phamonrut, S. (2019). Social Media and palliative care challenge in Rural Primary Care. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 2(3), 25-33. (in Thai).
- Prapimrat, P & Arinrada, L. (2021). Development of Care Model for Patient with End Stage Of cancer: from Hospital to Home Ubonrat Hospital, Khon-Kaen Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 199-207. (in Thai).
- Sekse, R., Hunskar, I., Ellingsen, S. (2017). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis, *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 1-18. (in Thai).
- Sumitra, S. (2018). Telenursing: A new opportunity for nurses in the digital era. *Journal of Kathmandu Medical College*, 7(2), 45-46. (in Thai).
- Suvunna, K. (2018). *Effectiveness of Telephone Call Visit Program on Interfering Symptoms of Late Cancer Patients And anxiety of the caregivers of Surat Thani Cancer Hospital*. Surat Thani Cancer Hospital. (in Thai).
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Tele-nursing*. Retrieved October 11, 2022, from; <http://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T-0049.PDF>.
- Thitima, P. (2020). Management Model for Nursing Service Quality Developing of Palliative care in Songkhla Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 3(1), 73-93.
- Weerachon, T. (2023). The Development of Referral for Patients with Chronic non-Communicable Diseases Using the Health Network with TELEHEALTH Model, Phiboonmangsan district, Ubon Ratchathani Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 9(1), 149-158. (In Thai).
- World Health Organization. (2020). *Palliative Care*. Retrieved December 5, 2022, from [https://www.who.int/en/new-room/fact-sheets/detail/palliative care](https://www.who.int/en/new-room/fact-sheets/detail/palliative%20care).
- Worrrarat, M. (2017). Patient Care for the Terminally Ill Standard in the Hospital, Health District: A case study of Banglen District, Nakhon Pathom Province. *Public Health & Health Laws Journal*, 3(2), 135-147. (In Thai).

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล

สุภาภรณ์ นันทา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; supaporn.n@bcnpy.ac.th

ธานี กล่อมใจ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; thanee@bcnpy.ac.th

กาญจนา साใจ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; kanjana.s@bcnpy.ac.th

นันทิกา อนันต์ชัยพัธนา, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; nantika.a@bcnpy.ac.th

ดลฤดี เพชรขำ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; dolruedi.p@bcnpy.ac.th

วรรณภา เวียงคำ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; wannipha.w@bcnpy.ac.th

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 401 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 1, .89, .93 และ .84 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ ดังนั้นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .84 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยสถิติการทดสอบค่าทีสองกลุ่มสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยนี้เห็นได้ว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษามีความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลในการลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้นักศึกษามีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี, แนวคิด สบช. โมเดล

The Effects of a Health Promotion Program Based on the PBRI Model on Knowledge, Attitude, and Behavior in Preventing Non-communicable Diseases Among Students Nurse

Supaporn Nunta, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; supaporn.n@bcnpy.ac.th

Thanee Glomjai, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; thanee@bcnpy.ac.th

Kanjana Sajai, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; kanjana.s@bcnpy.ac.th

Nantika Ananchaipatana, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; nantika.a@bcnpy.ac.th

Dolruedi Pechkwang, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; dolruedi.p@bcnpy.ac.th

Wannipha Waengkam, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, e-mail; wannipha.w@bcnpy.ac.th

Abstract

Appropriate health promoting behavior leads to a well-being status and non-communicable diseases (NCDs) prevention. The purpose of this quasi-experimental research is to study the effects of a health promotion program based on the PBRI Model on knowledge, attitude, and behavior in NCDs among Student's Nurse. The sample group was 401 nursing students, academic years 2022, of the Bachelor of Nursing in Boromarajonani College of Nursing, Phayao. The research tools is 1) Health promotion program based on the PBRI model, 2) knowledge of NCDs, 3) attitude of NCDs, and 4) behavior in preventing NCDs of nursing student's questionnaire. All questionnaires were confirmed for content validity by a panel of 3 experts, Content validity index value 1, .89, .93 and .84 respectively. Reliability of knowledge NCDs questionnaire was .84 as tested by Kuder-Richardson-20. Reliability of attitude NCDs and behavior in preventing NCDs of nursing student's questionnaire was tested by Cronbach alpha coefficient, yielding a value of .80 and .84 respectively. Data analyzed by descriptive statistics and paired samples t-test statistics.

The results founded that after using the PBRI Model, the sample group had an average of knowledge, attitude, and health promotion behavior to prevent NCDs among sample group was significantly higher than before using the concept of PBRI Model ($p < .01$). It is can be seen that Health Promotion program based on the PBRI Model together with continuously health screening enhance students' awareness of taking care of their health. Moreover, the number of at-risk groups and the occurrence of severe complications from NCDs was reduced, that promotes good and sustainable health for nursing students.

Keywords: Behavior Promote Health, Non-Communicable Diseases, The 7 Colors of Life Balls Tool, The PBRI Model 2022

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นโรคที่เป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมร่วมกัน และเป็นโรคที่มีระยะเวลาของโรคนาน (World Health Organization, 2021) ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มโรค NCDs 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 มีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน จากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 19.4 เป็น 25.3 คน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 12.1 เป็น 14.2 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 29.9 เป็น 31.4 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 43.3 เป็น 53 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่แนวโน้มประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรค NCDs ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Division of Non communicable Disease, 2021) จากการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มักเกิดกับบุคคลที่มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่สมดุล และมีความเสี่ยงทางสุขภาพ (Wuttiwongchai, Thongwandee, & Wangnurat, 2017) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสาร ที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น (Aekplakorn, Puckcharern, & Satheannoppakao, 2021) และส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของชุมชน สังคม และเศรษฐกิจ การสร้างเสริมสุขภาพประชาชนหรือผู้ป่วยเป็นแนวทางให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้

การที่บุคคลสามารถดูแลตนเองและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีกลวิธี คือ การทำให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ (Vasuthada, Dechavoot, Jaikla, & Jarujit, 2018) อีกทั้งยังพบว่า การสร้างเสริมพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเกิดจากการที่บุคคลมีความรู้และทัศนคติที่ดี เป็นปัจจัยนำที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมและทัศนคติเป็นความรู้ลึก ความคิดเห็นของบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลนั้นๆ พร้อมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความชอบ ทำให้สามารถแสดงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Suksai, & Jaruchart, 2022)

ในปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน อายุ 15-65 ปี โดยการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยใช้ค่าระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตเป็นเกณฑ์ โดยแบ่งระดับความรุนแรง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มปกติ (สีขาว) คือ คนที่ไม่มีอาการที่แสดงถึงการเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน 2) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) คือ คนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนอ้วน คนที่ขาดการออกกำลังกาย กินอาหารไม่ระวัง เครียด ดื่มสุรา สูบบุหรี่ 3) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) คือ คนที่เริ่มมีอาการแสดงออกของการเป็นโรคชัดเจน และได้รับการรักษาด้วยการกินยาควบคุม และ 4) กลุ่มโรคแทรกซ้อน (สีดำ) คือ คนที่เป็นความดันโลหิตสูงและเบาหวานรุนแรงที่ควบคุมไม่ได้ และมีโรคแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต ตา เท้า (Thianthavorn, 2013) เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และนำ

ข้อมูลภาวะสุขภาพมาพัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมสร้างสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้แนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการปรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้นหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สบช. โมเดล (A Yoh, Sittisart, Meethip, & Na Wichian, 2022) และเมื่อนำ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” มาใช้ร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงขึ้น ระดับความรุนแรงของโรคลดลง (Juwa, Wongwat, & Manoton, 2019) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลงอย่างต่อเนื่อง (Chamchan, 2022) จะเห็นได้ว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย แต่ยังไม่พบการศึกษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีไม่เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพของนักศึกษา ปีการศึกษา 2564 พบว่า นักศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 10.35 มีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 20.2 จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องควบคุมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยการสร้างองค์ความรู้ ปรับทัศนคติ เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิด สบช. โมเดล มาประยุกต์ใช้เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้รับบริการด้านสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

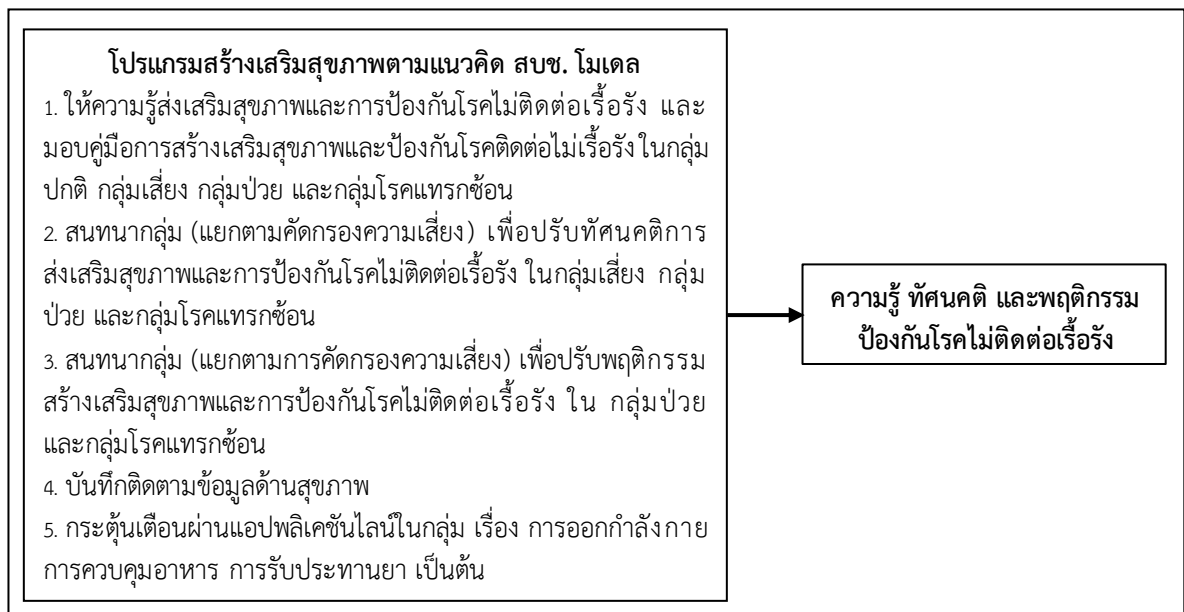
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล (Thianthavorn, et al., 2022) โดยการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จัดกลุ่มความเสี่ยง และลงโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล โดยให้ความรู้ ทำกลุ่มสนทนาในการปรับทัศนคติ และปรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และหลัก 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) จากนั้นมีการติดตามและกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมด้วยแอปพลิเคชันไลน์และการบันทึกแบบติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งนัดหมายการคัดกรองความเสี่ยงทุก 3 เดือน เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2565 ระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 1-4 ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ปีการศึกษา 2565 จำนวน 401 คน โดยการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” เป็นเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม คือกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษาค้นนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการศึกษาและพ้นสภาพการเป็นนักศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นจากแนวคิด สบช.โมเดล และจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) การให้ความรู้ผ่านสื่อการสอน ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล ด้วยหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) โดยจัดทำคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล 2) สนทนากลุ่ม แยกตามการคัดกรองความเสี่ยง เพื่อปรับทัศนคติ โดยการอภิปราย และวางแผนกิจกรรม 3) สนทนากลุ่ม แยกตามการคัดกรองความเสี่ยง เพื่อปรับพฤติกรรม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการสอนและสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หวาน มัน เค็ม วิธีการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการลดอ้วน และ 4) กระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และมีการกำกับติดตามโดยให้บันทึกแบบติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ

1.2 แบบคัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบคัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

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

1.3 แบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตสูง ค่าเบาหวาน ดัชนีมวลกาย และรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ขนาตรอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 34 ข้อ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบทดสอบปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ กรณีตอบถูกได้ 1 คะแนน กรณีตอบผิด ไม่ได้คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถาม มาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีลักษณะ ข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิด สบช. โมเดล และจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบสอบถามมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติ 5-7 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ มีลักษณะข้อความเชิงบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อความเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ 1) โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครื่องมือ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 1, .89, .93 และ .84 ตามลำดับ (Burns, & Grove, 2009) หลังจากนั้นนำมาตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ของแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ .84 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 และ .84 ตามลำดับ (Burns, & Grove, 2009)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. **ขั้นเตรียมการ** ประชุมทีมผู้วิจัยจัดทำข้อเสนอเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับใบอนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้บริหารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง

2.1 ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ และลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 คัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ในกลุ่มนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว หลังจากนั้นนำมาจัดระดับความรุนแรงตาม แนวคิด สบช. โมเดล “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มปกติ (สีขาว) 2) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) 3) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง) และ 4) กลุ่มโรคแทรกซ้อน (สีดำ)

2.3 คัดกรองภาวะอ้วน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกายและการวัดรอบเอว

2.4 ดำเนินการทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) ให้ความรู้สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล และให้คู่มือสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล และแบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง นัดหมายกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน ในการเข้ากิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 และนัดหมายกลุ่มปกติ ในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อการตรวจติดตามและรวบรวมแบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) สนทนากลุ่ม แยกตามการคัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) เพื่อปรับทัศนคติโดยการอภิปราย และวางแผนกิจกรรมตามมาตรการ 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) การร่วมกันกับทีมผู้วิจัย ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง นัดหมายกลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อนในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 (กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) สนทนากลุ่ม แยกตามการคัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” (กลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อน) เพื่อปรับพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการสอนและสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม วิธีการผ่อนคลายความเครียด การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการลดอ้วน ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง นัดหมายเพื่อการตรวจติดตามและรวบรวมแบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 4-11 กระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ในกลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อนโดยทีมผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 12 คัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ในกลุ่มนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว และคัดกรองภาวะอ้วน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกายและการวัดรอบเอว และทำแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และตรวจติดตามแบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 13-23 กระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร หวาน มัน เค็ม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ในกลุ่มป่วย และกลุ่มโรคแทรกซ้อนโดยทีมผู้วิจัย

สัปดาห์ที่ 24 คัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ในกลุ่มนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต และเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดแบบเจาะปลายนิ้ว และคัดกรองภาวะอ้วน ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง หาค่าดัชนีมวลกายและการวัดรอบเอวหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล และทำแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง และเก็บรวบรวมแบบบันทึกติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ สรุปประเมินผลการสะท้อนคิดและถอดบทเรียนความสำเร็จ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกความเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา โดยใช้สถิติสถิติการทดสอบค่าที่สองกลุ่มสัมพันธ์(Paired Samples t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ตามหนังสือรับรองหมายเลขการรับรอง REC010/65 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการเรียนการสอนแต่อย่างใด นอกจากนี้ในขณะที่ทำการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ จัดเก็บอยู่ในที่ปลอดภัย นอกจากการรายงานเพื่ออภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการคัดกรองเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 401 คน จากการคัดกรองภาวะอ้วน ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย ระดับปกติ มากที่สุด ร้อยละ 51.37 ระดับพอม ร้อยละ 23.44 ระดับมากกว่าปกติ ร้อยละ 11.72 อ้วน ระดับ 1 ร้อยละ 8.45 และอ้วน ระดับ 2 ร้อยละ 4.99 ตามลำดับ และหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมากขึ้น และดัชนีมวลกายในระดับมากกว่าเกณฑ์ปกติ ถึงอ้วน ระดับ 2 ลดลงหลังการใช้โปรแกรม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองโดยการวัดขนาดรอบเอว ก่อนการใช้โปรแกรม พบว่า เพศชายมีรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 73.68 รอบเอวปกติ ร้อยละ 21.05 และรอบเอวเกิน 102 เซนติเมตร ร้อยละ 5.26 ซึ่งหลังการใช้โปรแกรม ไม่พบรอบเอวของเพศชายรอบเอวเกิน 102 เซนติเมตร เพศหญิง ก่อนลงโปรแกรม พบว่า มีรอบเอวน้อยกว่า 80 เซนติเมตร ร้อยละ 83.24 รอบเอวปกติ ร้อยละ 9.95 และรอบเอวเกิน 88 มากขึ้นร้อยละ 6.81 หลังการใช้โปรแกรม พบว่า เพศหญิงรอบเอวเกิน 88 เซนติเมตร ลดลง เหลือร้อยละ 3.66 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=401)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน
ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)				
BMI <18.5 (ผอม)	94	23.44	78	19.4
BMI 18.5-22.99 (ปกติ)	206	51.37	242	56.4
BMI 23-24.99 (มากกว่าปกติ)	47	11.72	44	13.5
BMI 25-29.99 (อ้วน ระดับ1)	34	8.48	22	7.0
BMI ≥ 30 (อ้วน ระดับ2)	20	4.99	15	3.7
ขนาดรอบเอว				
เพศชาย (เซนติเมตร) (N=19)				
รอบเอวน้อย <90	14	73.68	17	89.47
รอบเอวนormal 90-102	4	21.05	2	10.53
รอบเอวเกิน >102	1	5.26	-	-
เพศหญิง (เซนติเมตร) (N=382)				
รอบเอวน้อย <80	318	83.24	329	86.13
รอบเอวนormal 80-88	38	9.95	39	10.21
รอบเอวเกิน >88	26	6.81	14	3.66

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง

จากการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” โรคเบาหวาน ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถจัดกลุ่มตัวอย่าง ได้ 2 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ (สีขาว) มีค่า FBS ≤ 100 ร้อยละ 99.75 และกลุ่มป่วย (สีแดง) ที่มีค่า FBS >183 mg/dl, HbA1C >8 ร้อยละ 0.25 ซึ่งหลังจากการใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มป่วยนั้นมีระดับน้ำตาลดีขึ้น สามารถเปลี่ยนกลุ่มเป็นเพียงกลุ่มเสี่ยงแทน และการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มปกติ (สีขาว) มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ น้อยกว่า 120/80 mmHg ร้อยละ 95.01 และกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) มีระดับความดันโลหิตอยู่ที่ 120-139 /81-89 mmHg ร้อยละ 4.99 หลังใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีจำนวนลดลง เหลือเพียงร้อยละ 3 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (N=401)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl) (Fasting Blood Sugar)				
กลุ่มปกติ สีขาว (FBS ≤ 100)	400	99.75	400	99.75
กลุ่มป่วย สีเขียวเข้ม (FBS ≤ 125)	-	-	1	0.25
สีแดง (FBS >183 mg/dl) HbA1C >8)	1	0.25	-	-

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คัดกรองความเสี่ยง “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” โรคความดันโลหิตสูงและ
เบาหวานของกลุ่มตัวอย่าง (N=401) (ต่อ)

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค่าความดันโลหิต (mmHg)				
กลุ่มปกติ สีขาว (<120/80 mmHg)	381	95.01	389	97
กลุ่มเสี่ยง สีเขียวอ่อน (120-139 /81-89 mmHg)	20	4.99	12	3

**ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลัง
การใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล**

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการใช้โปรแกรม
สร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)
และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา หลังใช้
โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อ
การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา หลังใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล
พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา สูงกว่า
ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดัง
ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล (N=401)

ข้อมูลการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้โปรแกรม (N=401)		หลังใช้โปรแกรม (N=401)		z	df	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
1. ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	21.33	3.14	26.02	3.02	-20.851	400	.00*
2. ทักษะต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	3.60	.36	4.31	.22	-35.801	400	.00*
3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2.65	.25	3.39	.06	-55.965	400	.00*

** $p<.01$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย: ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ
นักศึกษาพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล สูงกว่าก่อนการใช้

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐาน สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมให้เกิดความรู้โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามแนวคิด สบช. โมเดล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้เรื่องการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการคัดกรองและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพแก่ผู้อื่นหรือบุคคลในครอบครัวได้ ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายหลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิสัย โมเดล 7 สี่ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยของความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (A Yoh, et al., 2022) อีกทั้งปัจจุบันมีความก้าวหน้าเรื่องเทคโนโลยี ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใช้งานได้ง่าย สะดวก สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลาตามความต้องการ และยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในปัจจุบัน โดยผ่านสื่อโฆษณาทางอินเทอร์เน็ต (Nithitantiwat, & Udomsapaya, 2017) ซึ่งสามารถช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างได้ จากการศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Caloric ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและน้ำหนักตัวสำหรับนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า หลังการใช้แอปพลิเคชัน Caloric นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sarakshetrin, Sriyasak, Seangthong, & Khiewphet, 2022)

ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้ จากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล เป็นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามมาตรการ 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) รวมถึงการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกนึกคิดภายในของบุคคลต่อด้านสุขภาพ ซึ่งเกิดจากองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ ความรู้ ความเข้าใจ ความชอบ และความตั้งใจ ส่งผลให้เกิดเป็นพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ ได้แก่ ค่านิยม ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Sridapeng, & Moonmuang, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Putthong, Suphannakul, & Noppakao, 2018)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษา หลังการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ได้มีการนำ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” มาใช้ในการคัดกรองความรุนแรง และจัดกิจกรรมตามมาตรการการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการจัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ การเล่นเกม สันทนาการ เพื่อจัดระบบความคิด การสนทนากลุ่มวิเคราะห์ อภิปราย และวางแผนกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรม การปรับทัศนคติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แยกตามระดับความรุนแรงของกลุ่มเสี่ยง ติดตามและกระตุ้นเตือนการปรับพฤติกรรมด้วยแอปพลิเคชันไลน์และการบันทึกแบบติดตามข้อมูลด้านสุขภาพ จากกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล สอดคล้องกับศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนใน ตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง ($p < .01$) (Sukdee, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในเกณฑ์ปกติและเกณฑ์ดี (Saentecha, & Lamluk, 2020) เมื่อบุคคลได้รับความรู้ มีเจตคติที่ดี เห็นถึงผลเสียของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้บุคคลนั้นๆ แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป (Jugsingto, et al., 2017, Kladthong, & Yamsakul, 2021)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล มีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล สามารถนำมาเป็นแนวทางในการคัดกรองความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และวางแผนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมตามกลุ่มความรุนแรง เพื่อผลลัพธ์การสร้างเสริมพฤติกรรม การป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในนักศึกษาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

หน่วยงานหรือสถาบันการศึกษาสามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ไปประยุกต์ใช้ในการคัดกรองความรุนแรงกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และลดความรุนแรง ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อนักศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการกำกับ ติดตาม ดูแล ปรับปรุงและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรม และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น เช่น โรคอ้วนลงพุง โรคเลือด หรือภาวะซึมเศร้า เป็นการป้องกันและเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและลดระดับความรุนแรงของโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สนับสนุนทุนวิจัย นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี

รายการอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H.& Satheannoppakao, W. (2021). *Thai National Health Examination Survey*, NHES VI 2019-2020. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (In Thai)
- A Yoh, N., Sittisart, V., Meethip, N., & Na Wichian S. (2022). The effectiveness of the enhancing Village Health Volunteer's competency program in high blood pressure screening according to the 7 colors of Vichai's Model on knowledge, screening skills and advocacy for hypertension among village health volunteers. *Journal of Nursing Division*, 49(2), 12-22. (In Thai)
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier, St. Louis.
- Chamchan, D. (2022). Development of a Health Behavior Modification Model to Reduce the Incidence of Diabetes Among People at Risk of Diabetes Chonsomboon Sub-District Health Promoting Hospital Nongmuang District Lopburi Province. *Department of health Service Support Journal*, 18(3), 47-58.
- Division of Non communicable Disease. (2021). *Annual Epidemiological Surveillance Report 2021*. Bangkok : Aksorn graphic and design publishing limited partnership. (In Thai)
- Jugsingto, C., et al. (2017). *Effectiveness of Health Behavior Modification for Program in High Risk Group for Diabetes Hypertension and Obesity*. Master of Public Health. Chachoengsao: Rajabhat Rajanagarindra University. (In Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R.& Manoton, A. (2019). The Effectiveness of the Health Behavior Change Program with 7 Colors Ball Tool on Knowledge, Health Belief and Behavior Related to the Prevention and Control of Hypertension and Diabetes Mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 127-141. (In Thai)
- Kladthong, S., & Yamsakul, N. (2021). The effects of health literacy enhancement program according to 2 Aor. principles on health literacy, health behavior and blood sugar level of people with type 2 pre-diabetes mellitus. *The Academic and Nursing Journal of Boromarajonani College of Nursing Chakriraj*, 1(2), 14-26. (In Thai)
- Nithitantiwat, P., & Udomsapaya, W. (2017). Food consumption behavior among Thaiadolescents, impacts, and solutions. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 122-128. (In Thai)

- Putthong, Ch., Suphannakul, P., & Noppakao S. (2018). Factors Related to Self-Care Behaviors using Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine of Village Health Volunteers in Thung Saliang District, Sukhothai Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 28(3), 156–165. (In Thai)
- Saentecha, P., & Lamluk P. (2020). The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development in the Patients with Type 2 Diabetes. *Thai Journal of Health Education*, 43(2), 150-164. (In Thai)
- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Seangthong, W., & Khiewphet, W. (2022). The Effectiveness of Caloric Application on Food Consumption Behavior, and Body Weight for Overweight Nursing Students of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 5(2), 52-62. (In Thai)
- Sridapeng, A., & Moonmuang, N. (2013). Health Promoting Behaviors of University Students. *Journal of Liberal Arts Maejo University*, 1(1), 59-86. (In Thai)
- Sukdee, S. (2017). *The Development of Health Behavior Modification Model for Non-communicable Chronic Diseases Risk Using Participatory Approach in the Community*. Doctor of philosophy degree, Srinakharinwirot University, Thailand. (In Thai)
- Suksai, P., & Jaruchart, T. (2022). Knowledge, Attitude, and Health Behaviors and Obesity of Students in Muang District, Phitsanulok Province. *Christian university Journal*, 28(3), 20-35. (in Thai)
- Thianthavorn,V. (2013). *Surveillance, control, prevention, diabetes, high blood pressure in Thailand*. Bangkok: Division of health education, department of health service support, Ministry of health Thailand; 2013. (In Thai)
- Thianthavorn, V., Chuenkongkaew, W., Tanvatanakul, V., & Thepaksorn, P. (2022). Research Development and Health Innovations for the Health Promotion and Prevention for Non-Communicable Diseases (NCDs) under the Project to Build Healthy Communities with the PRBR Model 2022: 1 College, 1 Community in Honor of H.M. King Maha Vajiralongkorn Phra Vajiraklaochaoyuhua (2022 -2024). *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(2), 187-194. (In Thai)
- Vasuthada, C., Dechavoot, L., Jaikla, N., & Jarujit, S. (2018). The Relationship between Perception toward Non-communicable Diseases and Health Promotion Behaviors for Non-communicable Diseases Prevention among People in Muang District, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(2), 47–59. (In Thai)
- World Health Organization. (2021). Non-communicable Diseases. May 16, 2023, Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Wuttiwongchai, P., Thongwandee, P., & Wangnurat, B. (2017). *Community Based Intervention for NCDs Controlling*: CBI NCDs. Bangkok: Emotion Art. (In Thai)

**ผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการประยุกต์ใช้โมเดล
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ต่อความรู้ และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเอง
สำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน**

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; churairat@pckpb.ac.th
วิไลวรรณ คมขำ, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; wilaiwan@pckpb.ac.th
รวิวรรณ แก้วอยู่, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; raveewan@pckpb.ac.th
พงษ์ศักดิ์ ป่านดี, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, e-mail; pongsak@pckpb.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้จากประสบการณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ต่อความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน โดยการจับคู่ตามเกรดเฉลี่ยสะสม โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนภาคปฏิบัติโดยวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ ในการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และสภข. โมเดล สำหรับการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระหว่าง .66-1.00 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองตามโมเดล 5A มีค่าความยากระหว่าง .32- .76 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง .21- .47 และแบบสอบถามความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ภายหลังจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ สามารถนำวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ไปใช้พัฒนานักศึกษาพยาบาล ให้มีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้จากประสบการณ์, โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A, การสนับสนุนการจัดการตนเอง, โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, นักศึกษาพยาบาล

The Effect of Experiential Learning for Nursing Students with Applying 5A's Behavior Change Model on Knowledge and Ability to Supporting Self-Management for People with Diabetes and Hypertension in the Community

Churairat Duangchan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; churairat@pckpb.ac.th
Wilaiwan Komkhum, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; wilaiwan@pckpb.ac.th
Raveewan Keawwyo, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; raveewan@pckpb.ac.th
Pongsak Pandee, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; pongsak@pckpb.ac.th

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was to examine the effect of experiential learning on nursing students by applying 5A's behavior change model on knowledge and ability of self-management support (SMS) for people with diabetes and hypertension in the community. The samples consisted of 46 nursing students in 2nd-year; and matched paired selection into experimental and comparison groups, 23 persons each by average grade point (GPA). The experimental group participated in community nursing practice with an experiential learning method to apply 5A's behavior change and PBRI's models in SMS for people with diabetes and hypertension in the community for 5 weeks, the control group was a practical teaching using normal nursing procedures. The research instruments consisted of experiential learning handbook (index of item-objective congruence between .66 -1.00), knowledge quiz about SMS using 5A's behavior change model (power of discrimination between .21 - .47, level of difficulty between .32 - .47), and SMS for people with diabetes and hypertension questionnaire (Cronbach's Alpha Coefficient at .98). Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

The results revealed that after enrolling in the learning program, the mean scores of knowledge and SMS ability of the nursing students in the experimental group were higher those of before, and higher than the comparison group ($p<.001$).

From the results recommended to implement experiential learning methods with applying the 5A's behavior change model to provide nursing students to be self-management supporter for people with diabetes and hypertension, and other chronic diseases.

Keywords: Experiential Learning, 5A's Behavior Change Model, Self-Management Support, Diabetes and Hypertension, Nursing Students

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทยทั้งในมิติของการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญได้แก่ การบริโภคยาสูบ ดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ แม้ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีความชุกของการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แต่ก็มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อคน และการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น ตลอดจนการมีกิจกรรมทางการลดลง และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการได้รับน้ำตาลและเกลือโซเดียมเกิน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019) การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมลดตนเองสำหรับผู้ป่วยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเป็นการให้คำแนะนำเมื่อมารับการรักษาตามนัด (Sadler et al., 2014; Duangsai & Chinnawong, 2021) แม้ว่าการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น แต่ไม่สามารถรับประกันได้ว่า ผู้ป่วยจะมีทักษะและความในการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าบุคลากรสุขภาพยังขาดความรู้และแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการติดตามดูแลผู้ป่วย วิธีการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ และการเข้าถึงแหล่งความรู้ทางสุขภาพ (Belizan et al., 2020)

การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support: SMS) ได้รับการยอมรับว่าเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นองค์ประกอบหนึ่งในโมเดลการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) (Wagner et al., 2001) ส่งผลดีทั้งทางบวกต่อการดูแลและการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี โดยการให้ทั้งความรู้และกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนในการตัดสินใจ การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง การสนับสนุนทางอารมณ์และสังคม โดยการหาวิธีเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายของผลลัพธ์ในการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้ (Dineen-Griffin et al., 2019) โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement) (Glasgow et al., 2006) เป็นกลวิธีหนึ่งที่น่าไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมิน (Assess) 2) การให้คำแนะนำ (Advise) 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) 4) การช่วยเหลือ (Assist) และ 5) การติดตามและปรับเปลี่ยนแผน (Arrange) ซึ่งมีการนำมาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองตามบทบาทของพยาบาล ทั้งในผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง (Duangsai & Chinnawong, 2021) ซึ่งส่งผลให้มีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานพบว่า ช่วยให้มีการรับรู้ความสามารถตนเอง และการมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น (Sadeghigolafshan et al., 2021) อย่างไรก็ตาม โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากพยาบาลที่มีองค์ความรู้และได้รับการพัฒนาอย่างดี แต่พยาบาลส่วนใหญ่รวมทั้งนักศึกษาพยาบาล ยังขาดการฝึกทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยตามโมเดลดังกล่าว (Duprez et al., 2017; van Hooft et al., 2018; Belizan et al., 2020)

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พัฒนাবัณฑิตให้มีสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสุขภาวะชุมชนตอบสนองตามนโยบายการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชนของสถาบันพระบรมราชชนก ด้วยแนวคิด สบช. โมเดล 2022 การนำปิงปองจราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการจัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามผลการคัดกรอง เพื่าระวัง ติดตามต่อเนื่อง และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. (อาหาร อารมณ์

ออกกำลังกาย) และ 3 ลด (บุหรี่ย สุรา และน้ำหนักร) บูรณาการกับพันธกิจการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนานักศึกษา เป็นต้นแบบและความร่วมมือของสถาบันอุดมศึกษากับชุมชน โดยการให้นักศึกษาได้ลงพื้นที่ปฏิบัติจริงเสมือนห้องปฏิบัติการที่ห้องค์ความรู้ที่มีคุณค่า สามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (Thianthavorn & Chitang, 2022) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้ขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวสู่การเรียนการสอน รวมทั้งรายวิชาปฏิบัติการอนามัยชุมชน 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นรายวิชาที่ให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงในชุมชนเป็นครั้งแรก ให้การพยาบาลสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีระยะเวลาอยู่กับโรคและประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาช่วงเวลาหนึ่ง และต้องการดูแลที่มากกว่าการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำทั่วไป

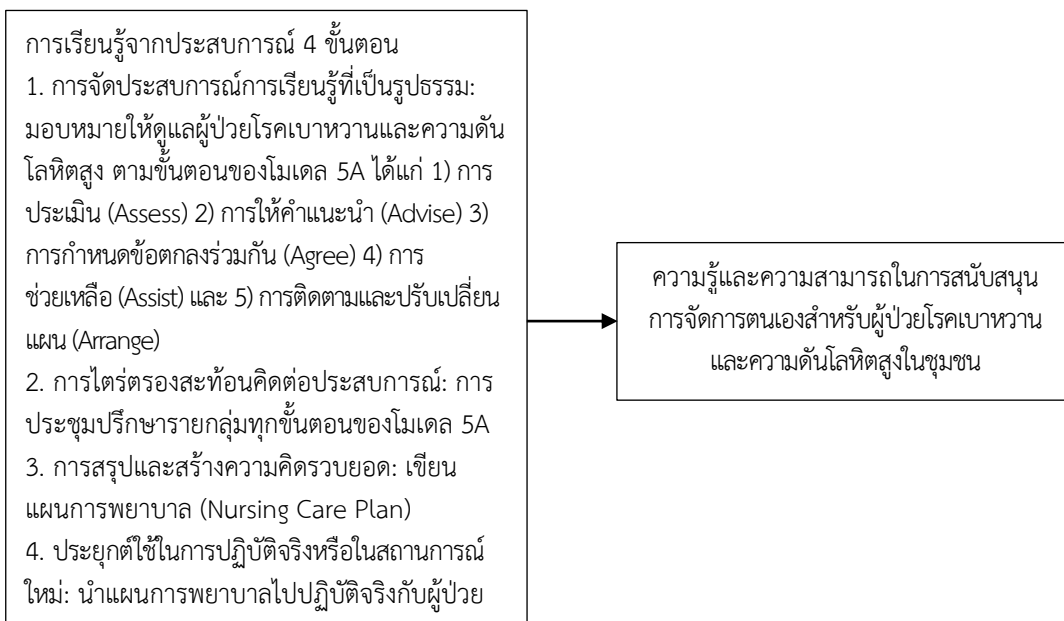
การจัดประสบการณ์ภาคปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้และส่งเสริมให้มีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นความท้าทาย นักศึกษาจำเป็นต้องได้รับการสอนแนะด้วยกลยุทธ์การสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ดีจากอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติบทบาทพยาบาล (Svastdi-Xuto & Wangsukpisan, 2019) แม้ว่านักศึกษาจะได้รับการสอนให้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลในทุกมิติ แต่ในการนำแผนการพยาบาลสู่การปฏิบัติจริง (Implementation of Nursing Care Plan) ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะทางการพยาบาล (Harnyoot, 2014) นักศึกษาจำเป็นต้องได้รับการสอนกลวิธีจำเพาะตามแนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสมกับสถานการณ์ผู้ป่วยที่ให้การดูแล ดังสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในต่างประเทศที่มีการสอดแทรกโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้มีประสบการณ์และได้พัฒนาความสามารถในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนที่ดีในการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (van Hooft et al., 2018) และจากการศึกษานำร่องในภาคทฤษฎีพบว่า ช่วยให้นักศึกษามีความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (Sarakhethrin et al., 2023) สถานศึกษาพยาบาลจึงเป็นแหล่งเรียนรู้ที่เหมาะสมในการพัฒนาความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติ (Duprez et al., 2017; McCabe, 2020)

การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ได้จากการลงมือปฏิบัติจริงโดยผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการเรียนรู้ การสะท้อนสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากประสบการณ์ออกมาเป็นทักษะ เจตคติหรือวิธีใหม่ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ มี 4 ขั้นตอนของ Kolb's cycle ได้แก่ ขั้นที่ 1 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้เรียน (Concrete Experience) ขั้นที่ 2 การไตร่ตรองสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ (Reflection Observation) ขั้นที่ 3 การสรุปและสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization) และขั้นที่ 4 การนำความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงหรือในสถานการณ์ใหม่ (Active Experimentation) (Kolb & Kolb, 2005) พบว่า ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น (Boonsi et al., 2021; Chen et al., 2022) คณะผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

5A (Glasgow et al., 2006) เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ตอบกลยุทธ์ สบช. โมเดล และพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยเชื่อว่าประสบการณ์เป็นแหล่งที่มาของการเรียนรู้ และเป็นพื้นฐานสำคัญของความรู้ และการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Kolb & Kolb, 2005) ได้แก่ ขั้นที่ 1 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้เรียน (Concrete Experience) โดยการฝึกปฏิบัติการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 โดยประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A (Glasgow et al., 2006) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 3 ลด (Thianthavorn & Chitiang, 2022) เพื่อจัดทำแผนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย (Self-Management Action Plan) ได้แก่ 1) การประเมิน (Assess) 2) การให้คำแนะนำ (Advise) 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) 4) การช่วยเหลือ (Assist) และ 5) การติดตามและปรับเปลี่ยนแผน (Arrange) ขั้นที่ 2 การไตร่ตรองสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ (Reflection Observation) โดยการประชุมปรึกษารายกลุ่มเพื่อสะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ขั้นที่ 3 การสรุปและสร้างความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization) โดยการมอบหมายให้เขียนแผนการพยาบาล ที่สอดคล้องกับแผนการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับมอบหมาย และขั้นที่ 4 การนำความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงหรือในสถานการณ์ใหม่ (Active Experimentation) โดยเป็นการนำแผนการพยาบาลลงไปปฏิบัติจริง และนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับปัญหาอื่นๆ



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A
2. เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังจากการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (Quai-Experimental Research: Two Groups Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นนักศึกษาพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ในภาคการศึกษาฤดูร้อน ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2566 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะการวิจัยใกล้เคียงกัน ซึ่งมีขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ .80 (Sarakshetrin et al., 2023) โดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2007) สำหรับสถิติ t-test ประเภท Means: Difference Between Two Independent Means วิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย โดยการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 อำนาจในการทดสอบ (Power of Test) .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 46 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน โดยพิจารณาตามความสมัครใจ และการจับคู่ (Match Paired) ตามเกรดเฉลี่ยสะสม โดยนักศึกษาในกลุ่มทดลองฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จ.เพชรบุรี และกลุ่มควบคุมในเขตอำเภอบ้านลาด จ.เพชรบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นการลงทะเบียนเรียนในรายวิชานี้เป็นครั้งแรก มีผลการเรียนในรายวิชาภาคทฤษฎีการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 อย่างน้อยเกรด C และยินดีในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่ได้เข้าร่วมการแนะนำรายวิชาหรือขอย้ายแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ และมีเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการทดลองหรือมีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติงานน้อยกว่า ร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A (Glasgow et al., 2006) ซึ่งมีเนื้อหาการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การประเมิน (Assess) 2) การให้คำแนะนำ (Advise) 3) การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) 4) การช่วยเหลือ (Assist) และ 5) การปรับเปลี่ยนแผนและการติดตาม (Arrange) และแบบบันทึกประสบการณ์ในแต่ละขั้นตอน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากงานวิจัย เรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน (Sarakhetrin et al., 2023) จำแนกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามโมเดล 5A (5A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement) (Glasgow et al., 2006) จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบทดสอบปรนัยแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับหลักการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งการประเมิน การให้คำแนะนำ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน การช่วยเหลือสนับสนุน และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล ซึ่งมีค่าความยากระหว่าง .32- .76 และค่าอำนาจจำแนก ระหว่าง .21- .47 โดยตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน โดยมีคะแนนระหว่าง 0-12 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 6.00 คะแนน	หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง
คะแนน 6.01-7.99 คะแนน	หมายถึง ระดับพอใช้
คะแนนตั้งแต่ 8.00 ขึ้นไป	หมายถึง ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ข้อ จำแนกออกเป็นด้านการประเมิน 5 ข้อ การให้คำแนะนำ 3 ข้อ การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน 5 ข้อ การช่วยเหลือสนับสนุน 3 ข้อ และการปรับเปลี่ยนแผนการดูแล 2 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ระหว่างแทบไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไปจนถึงปฏิบัติได้ดีมาก ให้ 5 คะแนน ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย จำแนกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 1.50-1.00	หมายถึง ระดับต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

คู่มือการเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และแบบสอบถามความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอน

ทางการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 คน มีคะแนนความสอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .66-1.00 และนำแบบสอบถาม
ความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไป
ทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยพบนักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่ 2 เพื่อขออาสาสมัครเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย สิทธิและ
ประโยชน์ที่จะได้รับจนเข้าใจ จากนั้น ให้ลงนามแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ ทั้งนี้ สามารถ
ถอนตัวได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอนรายวิชา

1.2 ประสานงานอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกภาคปฏิบัติโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและ/หรือ
ความดันโลหิตสูงในช่วง 1-5 ปี ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไม่มีโรคแทรกซ้อน
รุนแรง และยินดีเป็นกรณีศึกษา

1.3 เตรียมความพร้อมของทีมนักวิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกภาคปฏิบัติของรายวิชา
ในการทำหน้าที่สอนแนะ (Coaching) ตามกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการสนับสนุนการ
จัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.
3 ลด ตามโมเดล 5A

1.4 เตรียมผู้เรียน โดยนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมความพร้อมในการ
ดูแลผู้ป่วยโดยผู้รับผิดชอบรายวิชา ได้แก่ การใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ INHOMESSS การสร้างเสริม
สุขภาพของเพนเดอร์ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และ
การตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้น เป็นการเตรียมความพร้อมเฉพาะกลุ่มทดลอง ดังนี้

- แจกคู่มือ และการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยผู้ป่วยเป็นเบาหวานและความ
ดันโลหิตสูงในชุมชน การคัดกรองโรคด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3 อ. 3 ลด (สบข. โมเดล 2022) และการสนับสนุนการจัดการตนเองตามขั้นตอนของโมเดล 5A

- ฝึกปฏิบัติจากสถานการณ์จำลอง โดยการแสดงบทบาทสมมติในการสนับสนุนการ
จัดการตนเองให้กับผู้ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนของโมเดล 5A

2. ระยะทดลอง สำหรับกลุ่มทดลองเป็นการฝึกประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ในแหล่ง
ฝึกพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จ.เพชรบุรี โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 7-8 คนต่อ
1 แหล่งฝึก เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม โดยมอบหมายกรณีศึกษาผู้ป่วย
เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติและเยี่ยมบ้านเพื่อให้การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโมเดล 5A ในขั้นการประเมิน (Assess) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ
สุขภาพตามแบบ INHOMESSS การประเมินภาวะสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และจัดระดับความรุนแรงของโรค

ตามปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี นำข้อมูลที่ได้มาประชุมปรึกษากับผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติประจำกลุ่ม เพื่อระบุพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาตามหลัก 3อ. 3ลด เช่น น้ำหนักเกิน ไม่ออกกำลังกาย สูบบุหรี่ เป็นต้น และถาม-ตอบกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์/อุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ๆ และขั้นการให้คำแนะนำ (Advise) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมทั้งความเสี่ยงหรือความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจำเพาะกับความต้องการ ความรู้ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ได้แก่ ถามเป็น (Ask) ชมเป็น (Affirm) และแนะเป็น (Advise)

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1 ประชุมปรึกษารายกลุ่ม ให้นักศึกษาสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้ และแนวทางในการปรับปรุงความสามารถในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในขั้นของการประเมินและให้คำแนะนำ

สัปดาห์ที่ 2 เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม ในขั้นกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) เป็นการสร้างร่วมมือในการเขียนแผนปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการถาม-ตอบ 9 คำถาม (Lorig & Holman, 2003) ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพอะไรที่ต้องการปรับเปลี่ยนเป็นลำดับแรกสุด 2) ต้องทำอะไร (ระบุกิจกรรมและวิธีการ) 3) ต้องการปฏิบัติ..... (ระบุกิจกรรม) ในช่วงเวลาใด 4) ปฏิบัติ.....ที่ใด 5) ปฏิบัติ.....กี่วันต่อสัปดาห์ 6) คาดว่าจะมีอุปสรรคอย่างไรบ้าง 7) วางแผนในการเอาชนะอุปสรรคอย่างไร 8) มีความมั่นใจในการปฏิบัติ.....เท่าไร (ให้คะแนนระหว่าง 1-10 คะแนน) และ 9) นัดติดตามครั้งต่อไปเมื่อไหร่

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 2 ประชุมปรึกษารายกลุ่ม ให้นักศึกษาสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้ และแนวทางในการปรับปรุงความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในขั้นของการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 3 เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม ในขั้น การช่วยเหลือ (Assist) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนที่วางไว้ รวมทั้ง การนำนวัตกรรมทางสุขภาพที่ได้จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การใช้ธงโภชนาการ การนัดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเพื่อลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น และขั้นการปรับเปลี่ยนแผนและการติดตาม (Arrange) เป็นการเยี่ยมบ้าน หรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้แอปพลิเคชันในการเฝ้าระวังและกำกับติดตามสุขภาพตนเอง เช่น FoodEat เป็นต้น

เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ประชุมปรึกษารายกลุ่ม ให้นักศึกษาสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้ และแนวทางในการปรับปรุงความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในขั้นของการช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 4 การสรุปและสร้างความคิดรวบยอด มอบหมายให้เขียนแผนการพยาบาล ในการแก้ไขปัญหา/พฤติกรรมสุขภาพที่ผู้เป็นต้องการปรับเปลี่ยนตามขั้นตอนของโมเดล 5A และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล และมอบหมายให้เขียนแผนปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามขั้นตอนโมเดล 5A สำหรับปัญหาสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนเป็นลำดับต่อไป ซึ่งเป็นขั้นประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงหรือในสถานการณ์ใหม่

สัปดาห์ที่ 5 ประชุมปรึกษารายกลุ่ม ให้นักศึกษาสะท้อนคิดต่อประสบการณ์ สิ่งที่ได้เรียนรู้ และแนวทางในการปรับปรุงความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในทุกขั้นตอนตามโมเดล 5A

สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นการฝึกประสบการณ์จริงตามปกติโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการ
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนที่เป็นแหล่งฝึกประสบการณ์ของ
รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ซึ่งเป็นชุมชนของพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต
อำเภอบ้านลาด จ.เพชรบุรี โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 7-8 คนต่อ 1 แหล่งฝึก เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์
โดยการเยี่ยมบ้าน ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ทั้งการรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินภาวะสุขภาพ
INHOMESSS และเพนเดอร์ การระบุปัญหาสุขภาพ และวางแผนการพยาบาล และการนำแผนการดูแลไปใช้
การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และการ
ประเมินผล

3. ระยะหลังการทดลอง นัดหมายนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทำ
แบบทดสอบความรู้และความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้
ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนหลังการทดลอง (Posttest) ในสุดวันสุดท้ายหลังจาก
เสร็จสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติของสัปดาห์ที่ 5 โดยอาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา และแจกคู่มือการสนับสนุนการ
จัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และเปิดโอกาสให้นักศึกษากลุ่ม
ควบคุมและนักศึกษาในชั้นปีที่ 2 ที่เหลือทั้งหมดได้เรียนรู้ขั้นตอนของโมเดล 5A การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพ 3 อ. 3 ลด ตามความสนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุและเกรดเฉลี่ยสะสมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา โดยการ
ทดสอบที (Independent t-test) วิเคราะห์คะแนนความรู้และความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการ
สนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยใช้ ค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการ
ตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้จาก
ประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A โดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน
(Dependent t-test) และเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน
(Independent t-test) ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-
Smirnov Test พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง โดย
จะดำเนินการนำโครงการผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC No.16/2566 ลงวันที่ 21 เมษายน 2566

ผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.00 มีอายุเฉลี่ย 20.43 (SD.= .50)
เกรดเฉลี่ยสะสม 2.79 (SD.= .28) และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.00 มีอายุเฉลี่ย 20.35

(SD.= .77) เกรดเฉลี่ยสะสมในภาคการศึกษาที่ผ่านมา 2.89 (SD.= .27) ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถของนักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนก่อนการทดลอง (Pretest) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

1. การเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์ในการประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Mean=9.74, SD.= 1.21) สูงวก่อนการทดลอง (Mean=7.04, SD.= .97) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-11.28, p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยรวม (Mean=4.57, SD.= .45) สูงวก่อนการทดลอง (Mean=2.81, SD.= .95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.99, p<.001$) และในทุกรายด้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์ (n=23)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง	7.04	.97	พอใช้	9.74	1.21	ดี	-11.28***	.000
ความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเอง	2.81	.95	ปานกลาง	4.57	.45	ดีมาก	-9.99***	.000
การประเมิน	2.75	1.11	ปานกลาง	4.48	.34	ดี	-8.54***	.000
การให้คำแนะนำ	2.66	1.02	ปานกลาง	4.42	.47	ดี	-9.06***	.000
การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน	2.93	.94	ปานกลาง	4.42	.48	ดี	-9.34***	.000
การช่วยเหลือ	2.91	.90	ปานกลาง	4.57	.39	ดีมาก	-8.86***	.000
การปรับเปลี่ยนแผนและการติดตาม	2.78	.98	ปานกลาง	4.42	.41	ดี	-9.54***	.000

*** $p\text{-value} < .001$

2. การเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Mean=9.74, SD.= 1.21) สูงวกกลุ่มควบคุม (Mean=7.57, SD.= .84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.05, p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยรวม (Mean=4.57, SD.= .45) สูงวกกลุ่มควบคุม (Mean=3.69, SD.= .28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-8.01, p<.001$) และในทุกรายด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเอง
สำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล
ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=23)			กลุ่มควบคุม (n=23)			t	p-value
	Mean	SD.	ระดับ	Mean	SD.	ระดับ		
ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง	9.74	1.21	ดี	7.57	.84	พอใช้	7.05***	.000
ความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.57	.45	ดีมาก	3.69	.28	ดี	8.01***	.000
การประเมิน	4.48	.34	ดี	3.65	.36	ดี	7.96***	.000
การให้คำแนะนำ	4.42	.47	ดี	3.71	.39	ดี	5.58***	.000
การกำหนดข้อตกลงร่วมกัน	4.42	.48	ดี	3.65	.27	ดี	6.59***	.000
การช่วยเหลือ	4.57	.39	ดีมาก	3.72	.39	ดี	7.29***	.000
การปรับเปลี่ยนแผนและการติดตาม	4.42	.41	ดี	3.76	.39	ดี	5.07***	.000

***p-value < .001

อภิปรายผล

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A พบว่า ภายหลังการทดลอง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ซึ่งให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาได้ประสบการณ์ตรงภายใต้การสอนแนะจากอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ในการนำขั้นตอนตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A (Glasgow et al., 2006) ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และการให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดในทุกขั้นตอนตามโมเดล 5A ซึ่งเป็นไปตามหลักของการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb & Kolb, 2005) จึงช่วยให้สามารถพัฒนาให้นักศึกษามีความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยได้ดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม สอดคล้องผลของบทเรียนออนไลน์การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการตนเองตามหลักการ 5A พบว่า ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (Sarakhetrin et al., 2023) ซึ่งเห็นว่า ขั้นตอนตามโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A เป็นเสมือนกลยุทธ์หรือแนวทางที่เปรียบเสมือนตัวชี้แนะที่ง่ายสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ซึ่งมีประสบการณ์น้อยมากและเป็นการฝึกภาคปฏิบัติในชุมชนเป็นครั้งแรก จึงถือได้ว่าเป็นตัวช่วยในการให้นักศึกษาได้ผ่านประสบการณ์นี้ได้เป็นอย่างดี การศึกษานี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมาในการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย (Duprez et al., 2017; van Hooft et al, 2018)

การสะท้อนคิดเป็นขั้นตอนที่สำคัญของการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสะท้อนคิด ว่าเป็นกลวิธีการเรียนรู้ที่ดีในการจัดการศึกษาพยาบาล ความสามารถในการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลเป็นทักษะทางปัญญาที่สำคัญและจำเป็นในการฝึกภาคปฏิบัติ (Dahl & Eriksen, 2016) ทั้งในการให้การดูแลผู้ป่วยและการสะท้อนความสามารถในการให้การสนับสนุนการจัดการตนเองตามขั้นตอน 5A ของตัวนักศึกษาเอง จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้นักศึกษามีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย

2. ผลเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการสอนภาคปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ พบว่า ภายหลังการเรียนรู้จากประสบการณ์การประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 เนื่องจาก โมเดล 5A มีลักษณะเป็นวงจรที่ต่อเนื่องและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยเฉพาะในขั้นตอนการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน (Agree) เพื่อจัดทำแผนการดูแล (Action Plan) ซึ่งเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยในการวางแผนเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งการเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย มีการตั้งเป้าหมาย การวางแผนในการจัดอุปสรรคต่อการปฏิบัติ และการระบุมความเชื่อมั่นต่อวิธีการที่เลือกปฏิบัติ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งช่วยเติมเต็มข้อบกพร่องจากงานวิจัยที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลพร้อมความสามารถในการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจและการวางแผนการติดตามผู้ป่วย (Duprez et al., 2017) สอดคล้องกับผลการวิจัยซึ่งพบว่า กลวิธีนี้ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินความต้องการเครพ และให้ความเป็นอิสระแก่ผู้ป่วย (van Hooft et al, 2018) ประเด็นที่น่าสนใจจากการวิจัยนี้พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่เมื่อผ่านประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติพบว่า มีคะแนนความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นเป็นระดับดี แม้ว่าจะไม่สูงขึ้นอย่างแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 2) ซึ่งให้เห็นว่า การใช้กระบวนการพยาบาลตามศาสตร์แห่งวิชาชีพ (Harnyoot, 2014) ยังคงเป็นแก่นของวิชาชีพการพยาบาล ดังนั้น การนำโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A บูรณาการกับการใช้กระบวนการอย่างเหมาะสม จะช่วยพัฒนาให้นักศึกษาให้จบการศึกษาออกไปเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพการบริการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในชั้นปีที่ 2 ที่ให้การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในชั้นปีต่อไปรวมทั้งเมื่อจบการศึกษาไปแล้ว เพื่อให้มีความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้และมีภาวะแทรกซ้อนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์ผู้สอนและผู้รับผิดชอบรายวิชาภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ สามารถนำโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A ไปใช้ในการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาในทุกชั้นปี ให้มีความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยเชิงทดลองที่มีการวัดซ้ำ เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้และความสามารถในการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยประยุกต์ใช้โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5A และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยต่อไป

รายการอ้างอิง

- Belizan, M., Alonso, J. P., Nejamis, A., Caporale, J., Copo, M. G., Sánchez, M., ... & Irazola, V. (2020). Barriers to hypertension and diabetes management in primary health care in Argentina: Qualitative research based on a behavioral economics approach. *Translational Behavioral Medicine*, 10(3), 741-750.
- Boonsi, J., Ubolyaem, D., & Namdej, N. (2021). The effect of teaching and learning management in nursing care of persons with mental health problems course based on experiential learning theory and scaffolding principle to psychiatric nursing practice competency of nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(3), 74-84. (in Thai)
- Chen, L., Jiang, W. J., & Zhao, R. P. (2022). Application effect of Kolb's experiential learning theory in clinical nursing teaching of traditional Chinese medicine. *Digital Health*, 8, Article 20552076221138313. from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/20552076221138313>
- Dahl, H., & Eriksen, K. Å. (2016). Students' and teachers' experiences of participating in the reflection process "THiNK". *Nurse Education Today*, 36, 401-406.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2019). *NCDs situational report 2019: Diabetes mellitus, hypertension and related risk factors*. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K., & Benrimoj, S. I. (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *PLOS ONE*, 14(8), Article e0220116. from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Duangjai, S., & Chinnawong, T. (2021). Effect of 5 A's self-management support program on self-management behaviors in patients with uncontrolled hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 74-85. (in Thai)

- Duprez, V., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2017). Self-management support by final year nursing students: A correlational study of performance and person-related associated factors. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 120-127.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health Promotion International*, 21(3), 245-255.
- Harnyoot, O. (2014). Nursing process and implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 137-143. (in Thai)
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education*, 4, 193-212. from <http://dx.doi.org/10.5465/AMLE.2005.17268566>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- McCabe, E. M. (2020). School nurses' role in self-management, anticipatory guidance, and advocacy for students with chronic illness. *NASN School Nurse*, 35(6), 338-343.
- Sadeghigolafshanl, M., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., & Tadrissi, S. D. (2021). The effect of a 5A-based self-management program on empowering the elderly with diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 7(2), 1-9.
- Sadler, E., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2014). Lay and health care professional understandings of self-management: A systematic review and narrative synthesis. *SAGE Open Medicine*, 2, Article 2050312114544493. from <https://doi.org/10.1177/2050312114544493>
- Sarakshetrin, A., Rungnoei, N., Daungchan, C., Tongpeth, J., & Saengthong, W. (2023). Health promotion for patients with diabetes mellitus and hypertension in the community: A new model to enhance nursing students' competencies. *Journal of Nursing and Education*, 16(1), 13-31. (in Thai)
- Svastdi-Xuto, P., & Wangsukpisan, A. (2019). Transition experiences of nursing students' clinical initial practice. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 32-42.
- Thianthavorn, V., & Chitiang, N. (2022). Roles of operations in the production of graduates in health sciences in the next decade of Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(1), 236-246. (in Thai)
- Van Hooft, S. M., Becqué, Y. N., Dwarswaard, J., van Staa, A., & Bal, R. (2018). Teaching self-management support in Dutch Bachelor of Nursing education: A mixed methods study of the curriculum. *Nurse Education Today*, 68, 146-152.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.

ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลแห่งหนึ่ง

วารางคณา บุญมา, คณะพยาบาลศาสตร์, วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น, email; warangkha.b@northern.ac.th
ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, email; sarinyaporn@bcnc.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วจำนวน 178 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูงหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .75 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพภาวะความดันโลหิตสูงมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=11.03, SD.=2.25) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5 ปีขึ้นไป จึงได้รับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากทีมสุขภาพ ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ (Mean=38.41, SD.=6.53) อาจเนื่องจากขาดความตระหนักหรือจากปัจจัยอื่น

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นแนวทางสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้ว เพื่อเพิ่มพูนความรอบรู้ทางสุขภาพและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูงขึ้น เพื่อชะลอและลดความรุนแรงของโรคและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนตลอดไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมสุขภาพ

Health Literacy and Health Behaviors Among People with Hypertension A Sub-District Community Hospital

Warangkhan Bunma, Faculty of Nursing, Northern College, e-mail; warangkhan.b@northern.ac.th
Sarinyaporn Chandeekaewsakoon, Boromarajonnani College of Nursing Chiangmai,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, e-mail; sarinyaporn@bcnc.ac.th

Abstract

This descriptive research aim to study health literacy and health behaviors Among people with Hypertension. The 178 participants were recruited by a purposive sampling who registered treatment at Don Kaeo Community Hospital. The research tool were demographic data, The health literacy questionnaire with hypertension had KR-20 value of .75 reliability and The health behavior questionnaire with hypertension. had a Cronbach Alpha Coefficient of .85 respectively. The data were analyzed by descriptive statistics.

The results showed that people with high blood pressure have basic health knowledge and understand about hypertension at moderate levels. (Mean=11.03, SD.=2.25) because the sample had an average duration of illness 5 years or more. Therefor they received basic knowledge about Hypertension from health care team. Another health behaviors with hypertension were at low levels (Mean=38.41, SD.=6.53). possibly due to lack of awareness or influencing from other factors.

The results from this study can be used as a guideline to promote well-rounded health in people with high blood pressure of Don Kaeo Community Hospital To increase knowledge of health better and practice proper health behaviors suitable for the disease in order to reduce the severity of the disease reduce the complications of the disease resulting in a good quality of life.

Keywords: Health Literacy, Hypertension, Health Behaviors

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นภัยเงียบที่ไม่แสดงอาการชัดเจน แต่เมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้น จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองและไต และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก 1,000 ล้านคน โดยพบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจในรอบ 5 ปี พ.ศ. 2556-2560 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 3,936,171 คน เป็น 5,597,671 คน โดยภาคเหนือมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุดคือร้อยละ 32.6 สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2563-2565 โดยมีจำนวน 18,685.42, 19,373.23, 19,840.45 คนต่อแสนประชากร (Chiangmai Health, 2022) ส่วนอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยต่อแสนประชากร ในปี 2554-2558 เพิ่มขึ้นจาก 3,664 คนเป็น 7,889 คนต่อแสนประชากร ซึ่งนอกจากอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจจากภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและจากภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิตที่ตามมาซึ่งเป่าหมายการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคือ การควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Thai Hypertension Society, 2019) เพื่อป้องกันความเสียหายต่อระบบอวัยวะที่สำคัญคือสมอง ใจ หัวใจ มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีการควบคุมความดันโลหิตที่ดีกว่าโดยอาจสามารถ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีพอ จึงถือเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น (Chin et al., 2017 cite inThopin, Moolsart & Juntacumma, 2019)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงอายุแม้ขณะเจ็บป่วย (Choeisuan, 2017; Nutbeam, 2000) โดยที่ความรอบรู้ทางสุขภาพมีองค์ประกอบ 6 อย่างได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อ

โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วตั้งอยู่ตรงข้ามโรงพยาบาลนครพิงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดเชียงใหม่ห่างประมาณ 500 เมตร เป็นโรงพยาบาลที่ยกระดับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและ ได้ถ่ายโอนภารกิจมาอยู่ภายใต้การปกครองของ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว ตั้งแต่พ.ศ. 2555 มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 514 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 50 และเป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งชุมชนดอนแก้วจัดว่าเป็นชุมชนกึ่งเมือง มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับต้น และมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง 379.79 ต่อแสนประชากร (Chiangmai health, 2002) โดยที่ชุมชนดอนแก้ว มีเป้าหมายจะเป็นชุมชนสุขภาวะ แต่ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สำคัญและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ยังจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยมีข้อมูลคือระบบบริการสุขภาพและคุณภาพบริการยังเป็นแบบตั้งรับ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรและพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญ (Praesri, 2018) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จึงเป็นการ

รักษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีดูแลตัวเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การใช้ยาและ สังเกตอาการแทรกซ้อนทางสมองเบื้องต้น ขาดการกำกับติดตามและดูแลแบบต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อบุคคลมีภาวะความดันโลหิตสูงแล้ว ต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา (3อ 2ส) จึงจะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ จะทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูง ของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้วไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพและชุมชนได้จัดรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของชุมชน และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ผู้ให้บริการสุขภาพควรรับดำเนินการ เพื่อให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองในบริบทที่เหมาะสม ลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อันจะส่งผลให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพตามบริบทแวดล้อม ที่สามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ ตามปัจจัยที่มีอยู่เพื่อให้บรรลุถึงซึ่งสุขภาพะทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะนำมาซึ่งความผาสุกตลอดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจความรู้ทางสุขภาพในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้วเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน ตำบลดอนแก้ว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว จำนวน 514 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจาก ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน(Krejcie & Morga, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้ 1) มีความดันโลหิตตั้งแต่ 130/80 mmHg. 2) ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมาไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง 4) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ของสมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต ชีพจร เป็นคำถามปลายเปิดแบบเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของ Longlalerng & Dangtip (2019) ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ 7 ตัวเลือก แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงจำนวน 16 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูกและผิด คะแนนเต็มของแบบสอบถามทั้งหมดคือ 16 แปลผลคะแนนดังนี้ ตอบถูกตั้งแต่ร้อยละ 80 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ตอบถูกร้อยละ 60-79 มีความรอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ตอบถูกต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Boom, 1971)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความรู้ทางสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของ Longlalerng & Dangtip (2019) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .75

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงของ Longlalerng & Dangtip (2019) ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขียงใหม่เลขที่ BCNT07/2563 คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยจำนวน 3 คน ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับงานวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม 2566 กุมภาพันธ์ 2566 พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมชี้แจงว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวเอง และแจ้งให้ทราบว่า เมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากโครงการวิจัย สามารถกระทำ ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ หรือเชื่อมโยงถึงกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยแบบสอบถามจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบ แสดงความยินยอม ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยและผู้ช่วย 3 คน เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจอย่างละเอียด ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 15-20 นาที หลังจากนั้นตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้ฉบับสมบูรณ์ทั้งสิ้น 178 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 80 เนื่องจากไม่พบผู้ป่วย จำนวน 9 ราย แบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ 30 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐานได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) เสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 67.42 อายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี (ร้อยละ 27.53) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.67) การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.61 ส่วนใหญ่ไม่ระบุอาชีพ (ร้อยละ 75.84) ได้รับการวินิจฉัยโรคว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-5 ปี (ร้อยละ 55.49) แหล่งข้อมูลสุขภาพที่ได้รับส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาล/รพ.สต.ร้อยละ (96.63)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=178)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	120	67.42
ชาย	58	32.58
อายุ (ปี)		
40-60 ปี	49	27.53
61-65 ปี	33	18.54
66-70 ปี	36	20.22
71-75 ปี	31	17.42
76-80 ปี	19	10.67
80 ปี ขึ้นไป	10	5.62
สถานภาพสมรส		
โสด	16	8.99
คู่	108	60.67
หม้าย	53	29.78
หย่าร้าง	1	0.56
การศึกษา		
ไม่ตอบ	9	5.06
ประถมศึกษา	115	64.61
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	11.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	8.99
ปวส./อนุปริญญา	4	2.25
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	13	7.30
อาชีพ		
ไม่ระบุ	135	75.84
นักการเมืองท้องถิ่น	1	0.56

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (n=178) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	18	10.11
ค้าขาย	16	8.99
แม่บ้าน	6	3.37
ข้าราชการบำนาญ	1	0.56
พนักงานของรัฐ	1	0.56
ดัชนีมวลกาย (Kg./m ²)		
18.50-22.90 (ปกติ)	53	29.78
23.00-29.90 (น้ำหนักเกิน)	116	65.17
30.00 ขึ้นไป (อ้วน)	9	5.06
โรคร่วม		
เบาหวาน	23	12.92
ไขมันในเลือดสูง	3	1.69
เคยได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตหรือไม่		
เคย (จากโรงพยาบาลหรือ รพ.สต.)	172	96.63
ไม่ตอบ	6	3.37
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
ระหว่าง 1-5 ปี	97	54.49
ระหว่าง 5-10 ปี	68	38.20
มากกว่า 10 ปี	13	7.30

2. ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=11.03, SD.=2.25) และเมื่อจำแนกเป็นระดับ พบว่าอยู่ในระดับดีร้อยละ 44.94 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.46 ระดับต่ำร้อยละ 23.60 ดังตาราง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (n=178)

ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (13-16 คะแนน)	80	44.94
ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน)	56	31.46
ระดับต่ำ (0-9 คะแนน)	42	23.60
Mean=11.03, SD.=2.25, Median=11.00, Max=16, Min=3		

3. เมื่อจำแนกความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) หากคุณมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วนเพราะนี่คือสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ตอบถูกต้องร้อยละ 93.82 2) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ตอบถูกต้องร้อยละ 92.13 3) อาการความเครียดมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตอบถูกต้องร้อยละ 90 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้ ตอบถูกต้องร้อยละ 29.21 ดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกต้องจำแนกเป็นรายข้อ (n=178)

ลำดับ	คำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ภาวะความดันโลหิตสูง คือภาวะที่ค่าความดันในหลอดเลือดแดงมีค่าสูงกว่าระดับปกติ เพราะมีความต้านทานภายใน หลอดเลือดเกิดขึ้น	148	83.15
2	หากความดันโลหิตของท่านเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าท่านมีความดันโลหิตสูงแล้ว	103	57.86
3	หากท่านปล่อยให้ความดันโลหิตยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างต่อร่างกายได้เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตวายได้ เป็นต้น	121	67.98
4	ค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) หรือความดันตัวบนคือค่าความดันในเส้นเลือดแดงเมื่อหัวใจคลายตัว	73	41.01
5	ปัจจัยเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ พันธุกรรม ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น	110	61.80
6	คนที่สูบบุหรี่จะทำให้มีโอกาเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่เท่าตัว	108	60.67
7	การรับประทานอาหารรสเค็มทำให้มีภาวะความดันโลหิตสูงได้	127	71.35
8	อารมณ์ความเครียดมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น	161	90.45
9	ภาวะความดันโลหิตสูงหากเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้	52	29.21
10	ภาวะความดันโลหิตสูงหากเป็นแล้วจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต	157	88.20
11	ภาวะความดันโลหิตสูงหากเป็นแล้วจำเป็นต้องมีการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวก่อนเสมอ	130	73.03
12	ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์	164	92.13
13	ภาวะอ้วนลงพุงส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูง	138	77.53
14	หากคุณมีอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก เหมือนมีของหนักมาทับ หรือเจ็บร้าวไปแขน ไปไหล่โดยไม่ทราบสาเหตุ ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วน เพราะนี่คือสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหัวใจ	153	85.96
15	หากคุณเคยมีอาการมือ หรือ เท้าบวม โดยไม่ทราบสาเหตุ ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วน แสดงว่าการบีบตัวของหัวใจมีปัญหา	137	76.97
16	หากคุณเคยมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วน เพราะนี่คือสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	167	93.82

3. ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 38.41, SD.=6.53) และเมื่อจำแนกเป็นระดับ พบว่าอยู่ในระดับดีร้อยละ 1.12 ระดับปานกลางร้อยละ 53.37 ระดับต่ำร้อยละ 41.51 ดังตาราง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง (n=178)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (52 คะแนนขึ้นไป)	2	1.12
ระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	95	53.37
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 39 คะแนน)	81	45.51
Mean=38.41, SD.=6.53, Median=39.0, Max=54, Min=16		

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ploysuwan, Wongkpratoom, Rattanakamonkarn, Pantaewan, & Puengching, (2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.50 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Codrington, Panuthai, & Khampolsiri (2021) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แต่เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ploysuwan et al, (2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนความรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 42.20 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Namrinchuenjitsai (2021) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเซนะเดอู ตำบลแม่สุ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดตากพบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 63.20 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของพื้นที่ที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 100

ผลการศึกษาในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้วอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษามาเป็นเวลา 1-5 ปีเป็นส่วนใหญ่ และได้รับข้อมูลสุขภาพในภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 99.63 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำอธิบาย แนะนำความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง วิธีปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงจากแพทย์ พยาบาลที่ดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ และต่อเนื่อง และยังได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือจากสื่ออื่นๆ ประกอบกับที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนดอนแก้ว ใกล้กับโรงพยาบาลนครพิงค์และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ทั้งยังเป็นพื้นที่การฝึกภาคสนามและบริการวิชาการ ตลอดจนการเยี่ยมบ้านสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของทางวิทยาลัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ได้รับข้อมูลสุขภาพภาวะความดันโลหิตสูงจากแหล่งต่างๆ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 60.45 ปี จัดว่าเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของตนเอง รวมถึงควบคุมโรคของตนเอง เพื่อไม่ให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อน เป็นอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นเมื่อพิจารณารายข้อจึงพบว่า ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบถูก 3 อันดับแรกคือ 1) หากคุณมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยด่วน เพราะนี่คือสัญญาณเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ตอบถูกต้องร้อยละ 93.82 2) ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 15 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ตอบถูกต้องร้อยละ 92 3) อารมณ์ความเครียดมีผลต่อภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ตอบถูกต้องร้อยละ 90 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นแล้วสามารถรักษาให้หายขาดได้ ตอบถูกต้องร้อยละ 29 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้เกี่ยวกับหลักการรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งจัดว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับประถม และอาจมีการรับรู้ว่าเมื่อเกิดเป็นโรคย่อมสามารถรักษาให้หายขาดได้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อจำแนกเป็นระดับพบว่า อยู่ในระดับดีร้อยละ 8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 47 ระดับต่ำ ร้อยละ 41 อธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (ปัจจัยนำ) เช่น ความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจและปัจจัยแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม) เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ในการพัฒนาปัจจัยภายใน จะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรู้ทางสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมิน และจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่ครอบครัวและชุมชนได้ ดังเช่นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 45 มีความรอบรู้สุขภาพระดับดี แต่ก็ยังจัดเป็นความรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งควรได้รับการพัฒนาให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้น ให้ครบทุกมิติและทุกด้านเพื่อการพัฒนาขีดความสามารถ ในระดับบุคคลและรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน (Kaewdumkeng, 2018) ซึ่ง Bunmun (2023) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนอำเภอเมืองสุโขทัยจังหวัดสุโขทัยพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้ร้อยละ 10

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลชุมชนดอนแก้ว ควรสร้างเสริมให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ทางสุขภาพให้ครบทุกมิติเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืนสืบไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบในการเข้าโปรแกรมเพื่อประเมินความรู้ทางสุขภาพให้ครบทุกมิติ ทั้งระดับความดันโลหิตและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนวิจัยสนับสนุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

รายการอ้างอิง

- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. David McKay Company Inc. New York.
- Bunmun, T. (2023). Health Literacy Factor Influencing on Health Behaviors 3E 2S of Population in Mueng sukhothai District, Sukhothai Province. *Science and Technology Northern Journal*, 4(1) 37-52. (in Thai)
- Chiangmai health. (2022). *Prevalence Rate of Hypertension*. Retrieved October 1, 2022, from <https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index> (in Thai)
- Choeisuwan, V. (2017). Health Literacy : Concept and Application for Nursing Practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-187. (in Thai)
- Codrington, S., Panuthai, S., & Khampolsiri. T. (2021). Health Literacy and Self - management Among Elderly Monks with Hypertension. *Nursing Journal*. 48(4). 268-280. (in Thai)
- Kaewdumkeng, K. (2018) *Health Literacy access, understand, and application*. Bangkok Amarin printing.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Longlalerng. W., & Dangtip, P. (2019). *Effects of Nurses and Health Literacy with Hypertensive patients*. (in Thai) Retrieved October 1, 2020, from <https://www.hospital.tu.ac.th/ndtuh/upload/addsome/files/202203241101046.pdf> (in Thai)
- Namrinchuenjitsai, S. (2021). *Knowledge Attitudes Health practice among Hypertension people in Health promotion hospital Tambon Mae u su Ampur thasongyang Tak province*. Retrieved March 3, 2023, from https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/site/proceeding?event_id=3&page=r2r (in Thai)
- Nutbeam D. (2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health the 21th century. Health Promotion International, *Printed in Great Britain*, 15(8).
- Praesri, S. (2018). *Annual report*. Retrived April 1, 2019, from <https://bps.moph.go.th> (in Thai)
- Ploysuwan, C., Wongkpratoom, S., Rattanakamonkarn, C., Pantaewan, P., Puengching, T. (2021). Factor Affecting the Health Literacy of Older Adults with Hypertension in Nong Prue Community, Samut Prakan Province. *Journal of Nursing and Education*. 14(2), 62-64. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines for treatment of hypertension in medicine*. General update 2019. Bangkok: Thai Hypertension Society. (in Thai)

Thepin, K., Moolsart, S., & Juntacumma. N. (2019). Effectiveness of a Health Literacy Developmental program in Patients with Uncontrolled Hypertension *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 11*(1), 197-212. (in Thai)

World Health Organization. (2022). Hypertension. Retrieved October 14, 2022, from <http://www.who.int/health-topic/hypertension#tab=tab>

**ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ
ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล
ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน**

รวีวรรณ คำเงิน, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; Rawiwankhamngoen@gmail.com

ธนกร เพ็ชรรัตน์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301044@bcnsurat.ac.th

นริศรา จามไพเราะ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301052@bcnsurat.ac.th

ปิยาพร เลี่ยมทอง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301068@bcnsurat.ac.th

เริงฤทธิ์ โตวังจ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301094@bcnsurat.ac.th

วรินฎา ไบไกล้, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301101@bcnsurat.ac.th

สุภาวดี เหนือกาฬสินธุ์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก,
e-mail; 62114301128@bcnsurat.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 50 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ .68 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สีนำไปใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินต่อไป

คำสำคัญ: นักศึกษาพยาบาล, ภาวะน้ำหนักเกิน, โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, สบช.โมเดล, ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

The Effectiveness of the Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool on knowledge and health behavior of Nursing Students with overweight

Rawiwan Khamngoen, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; Rawiwankhamngoen@gmail.com

Thanakorn Phetrot, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; 62114301044@bcnsurat.ac.th

Naritsara Jampairoh, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; 62114301052@bcnsurat.ac.th

Piyaporn Liamthong, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; 62114301068@bcnsurat.ac.th

Reangrit Towangjorn, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; 62114301094@bcnsurat.ac.th

Varinda Paiklai, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok
Institute, e-mail; 62114301101@bcnsurat.ac.th

Supawadee Nuakalasin, Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, e-mail; 62114301128@bcnsurat.ac.th

Abstract:

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge and health behaviors of nursing students with overweight before and after participating in the program of health behavior changing program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool. The 50 samples were nursing students from Boromarajonani College of Nursing in Suratthani with overweight selected by simple random sampling. The research tools included Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool, Manual for changing health behaviors for nursing students and the questionnaires of the knowledge to prevent obesity and Health Behavior. Content validity was validated by 3 experts. The reliability was 0.68 by Kuder Richardson and by Cronbach's alpha coefficients were 0.80. Data were analyzed using Percentage, mean, Standard Deviation (SD.), and Paired t-test.

Results showed that: the mean score of knowledge to prevent obesity and health behavior before and after participating Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool were significantly different. It could be promoted that the program of Health Behavior Change Program based on PBRI's model and 7 Colors Ball Tool for other nursing students and late adolescence group for increase knowledge and improve health behavior.

Key words: Nursing Students, overweight, Health Behavior Change Program, PBRI's model, 7-color ball

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปจนเกิดการสะสมในรูปแบบของไขมันเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิดโรคอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ปัจจุบันนี้มีคนเป็นภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั่วโลกมากกว่าหนึ่งพันล้านคน แบ่งเป็นผู้ใหญ่ 650 ล้านคน วัยรุ่น 340 ล้านคน และเด็ก 39 ล้านคน และยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อปี 2560-2564 ไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงเป็นอันดับ 2 รองจากมาเลเซีย คิดเป็นร้อยละ 48.28 โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นจำนวนร้อยละ 39 ของประชากรโรคอ้วนทั้งหมด และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น 60% ในทศวรรษหน้า (Department of health, 2021) และจากคลังข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ที่มีอายุ 19 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอ้วนมากขึ้นถึงร้อยละ 45.6 ในปี 2563 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.6 ในปี 2565 สำหรับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งเป็นบุคคลกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายช่วงต่อกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยหนึ่งอายุตั้งแต่ 18 ปี พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 28.9 (Somjaineuk & Suwanno, 2020) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลก็นับเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มจะมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากการสำรวจนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 25.73 ของประชากรนักศึกษาทั้งหมดในวิทยาลัย

ภาวะน้ำหนักเกินมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคและการดำเนินชีวิต เนื่องจากปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตมีความสะดวกสบายมากขึ้น การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง หรือขาดการออกกำลังกาย รวมถึงมีค่านิยมในการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคม(No-in, 2017; Brown, Halvorson, Cohen, Lazorick, & Skelton, 2015) จากการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คนไทยมีการเลือกซื้ออาหารจากความชอบเป็นหลัก บริโภคบ่อยขึ้น บริโภคอาหารรสหวานและรสเค็มมากขึ้น และบริโภคผักผลไม้ลดลง(Thai Health Promotion Foundation, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อเล่นเกมสัปดาห์มากกว่า 1 ชั่วโมง/ครั้ง (Suwannaphant, Uppara, & Kansin, 2020) สำหรับนักศึกษาพยาบาลวิถีชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่มีความเฉพาะมีการเรียนที่ต้องมีการขึ้นเวรบายดึก มีงานและกิจกรรมหลากหลายจนไม่สามารถแบ่งเวลาได้จึงทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง มีการศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาล พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ทักษะคิดทางบวกต่ออาหาร และขาดการควบคุมตนเองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก(Daoruang et al. 2022)

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ด้านร่างกายภาวะน้ำหนักเกินมีโอกาเสี่ยงต่อการมีปัญหของข้อและกระดูกที่รับน้ำหนักมาก อาการนอนกรนหรือหยุดหายใจตอนกลางคืน และที่สำคัญส่งผลต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases) อาทิ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น คนอ้วนมีโอกาเป็นโรคเหล่านี้มากกว่าปกติ 2-3 เท่า (World Health Organization, 2017) ซึ่งในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิต จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบ 400,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 76 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร คิดเป็นความสูญเสียถึง ร้อยละ 2.20 ของ GDP ต่อปี

(Thai Health Promotion Foundation, 2020) ภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคม เช่น โดนเพื่อนแกล้งและล้อเลียน ไม่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน เกิดการแยกตัว ไม่เป็นที่สนใจของเพื่อนต่างเพศ เกิดความอายในรูปร่างของตนเอง ขาดความมั่นใจในตนเองบางคนอาจเครียด วิตกกังวลมากทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (No-in, 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเป็นจำนวนมาก (World Health Organization, 2017)

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีการนำหลัก 3อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ร่วมกับแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูราเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยรุ่นตอนปลาย พบว่าทำให้นักศึกษาพยาบาลน้ำหนักลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Saetew & Teepapal, 2016) นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดการจัดการตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การนอนหลับ การจัดการความเครียด ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะอ้วนและมีประสบการณ์ความล้มเหลวในการลดน้ำหนักน้ำหนักลดลง (Wanichmontri, & Eiu-Seeyok, 2022) และยังมีงานวิจัยที่พบว่าการบริโภคอาหารที่เหมาะสมร่วมกับการใช้เทคโนโลยีในทางที่ถูกต้องจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคอ้วนได้ (Navidad, Padial-Ruz, & González, 2021) และการศึกษาการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นโปรแกรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร พบว่านักศึกษามีน้ำหนักและดัชนีมวลกายลดลง (Semamon, 2019) จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการลดภาวะน้ำหนักเกินใช้หลักการเกี่ยวกับออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ รวมถึงการใช้สื่อต่างๆ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดน้ำหนักสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่มีน้ำหนักเกินเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จำเป็นต้องอาศัยแนวคิดทฤษฎีเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและถาวร การใช้แนวคิด สบช โมเดลร่วมกับเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี เป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจาก สบช. โมเดล เป็นแนวคิดที่นำมาใช้สร้างสุขภาวะที่ดีให้แก่ประชาชน ให้มีความรู้ทางสุขภาพมีสมรรถนะในการจัดการสุขภาวะของตนเอง บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นการใช้สีบอกระดับอาการรุนแรง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) กลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) และกลุ่ม โรคแทรกซ้อน (สีดำ) และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยมาตรการ 3อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และ อารมณ์ และมาตรการ 3ล. ได้แก่ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดอ้วน (Tienthavorn, 2013) ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมาการใช้แนวคิด สบช โมเดลร่วมกับเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Juwa, Wongwat & Manoton, 2019; Ayoh, Sittisart & Na Wichian, 2022) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น แต่ยังไม่มีการนำมาใช้ในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จึงได้พัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี และมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักการ 3อ 3ลด ซึ่งจะมีการคัดกรองเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินเป็นสีเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของ

กลุ่มตัวอย่างแต่ละบุคคล โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการลดภาวะน้ำหนักเกินซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

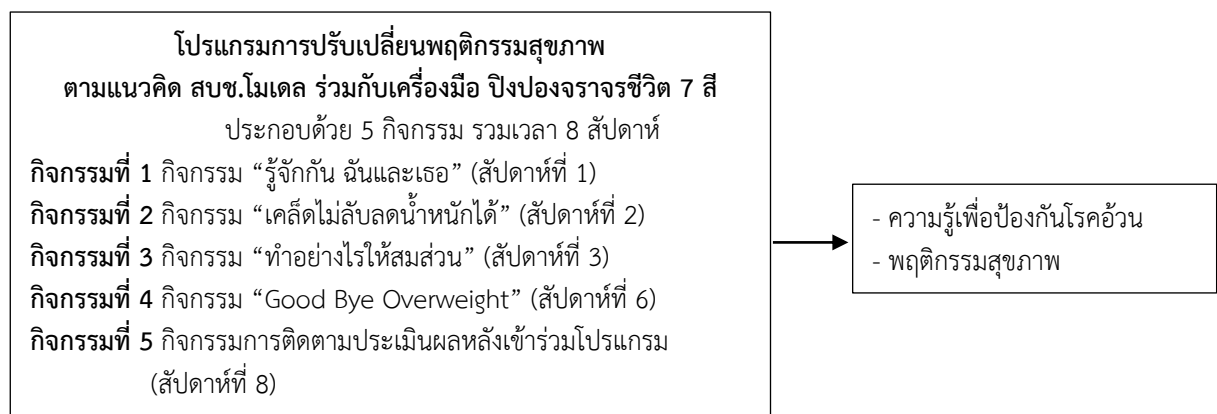
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนเพิ่มขึ้น
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี และมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลักการ 3อ 3ลด (Tienthavorn, 2013) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแนวคิด สบช.โมเดล เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และสมรรถนะในการจัดการสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยใช้เครื่องมือป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มาใช้ในการคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินโดยแบ่งเป็นระดับความรุนแรงจากค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งค่าดัชนีมวลกาย $18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเขียว (น้ำหนักปกติ), $23-24.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเหลืองอ่อน (น้ำหนักเกินมีภาวะเสี่ยง), $25-25.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเหลืองเข้ม, $30-34.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีแดง, และ $35-39.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีส้ม (โรคอ้วน), มากกว่าเท่ากับ 40 kg/m^2 เป็นกลุ่มสีแดง (อ้วนมาก) และสีดำเป็นกลุ่มโรคอ้วนและมีโรคอื่นแทรกซ้อน การแบ่งระดับภาวะน้ำหนักเกินจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอ้วน และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ หลัก 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ลด (ลดสุรา ลดบุหรี่ และลดน้ำหนัก) เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อายุระหว่าง 18-21 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี อายุ 18-21 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 50 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) อายุระหว่าง 18-21 ปี 2) มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23.00 kg/m^2 จากการเทียบตามเกณฑ์วัดดัชนีมวลกาย (BMI) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 3) ไม่เป็นผู้ที่อยู่ในโปรแกรมลดน้ำหนักหรือร่วมทำการทดลองที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมลดน้ำหนัก 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size)=0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ =0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power of test)=0.80 (Cohen,1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20 % ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากทำการนำชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทำฉลากแล้วหยิบจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล โดยใช้เครื่องมือ “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” มาใช้ในการคัดกรองแบ่งระดับภาวะน้ำหนักเกินและดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้ หลัก 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 3ลด (ลดสุรา ลดบุหรี่ และลดน้ำหนัก) (Tienthavorn, 2013) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม

1) กิจกรรม “รู้จักกัน ฉันและเธอ” จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 3ลด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และคัดกรองกลุ่มตัวอย่างแบ่งระดับของภาวะน้ำหนักเกินแยกตามกลุ่มสีตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย 1 $8.5\text{-}22.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีขาว (น้ำหนักปกติ), $23\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเขียวอ่อน (น้ำหนักเกินมีภาวะเสี่ยง), $25\text{-}25.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเขียวเข้ม, $30\text{-}34.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเหลือง, และ $35\text{-}39.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีส้ม (โรคอ้วน), มากกว่าเท่ากับ 40 kg/m^2 เป็นกลุ่มสีแดง (อ้วนมาก) และสีดำเป็นกลุ่มโรคอ้วนและมีโรคอื่นแทรกซ้อน การแบ่งระดับภาวะน้ำหนักเกินตามสีจะช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน

2) กิจกรรม “เคล็ดไม่ลับน้ำหนักลดได้” จะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน และการลดภาวะน้ำหนักตามหลักการ 3อ 3ลด ร่วมกับปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี

3) กิจกรรม “ทำอะไรให้มีส่วน” จะเป็นให้ความรู้และฝึกทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

4) กิจกรรม “Good Bye OverweightS” จะเป็นการสรุปและร่วมแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของแต่ละคน

5) ติดตามประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ

2. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล

3. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

3.2 แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน สร้างขึ้นโดยกองสุขภาพศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, 2014) ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นเลือกตอบ เกณฑ์การให้คะแนนระดับความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน แบ่งเป็นเลือกคำตอบถูกค่าคะแนน 1 เลือกคำตอบผิด ค่าคะแนน 0 การแปลผลคะแนน ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 0-12 แปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 9-12 มีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 5-8 มีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0-4 มีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับต่ำ

3.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์) สร้างขึ้นโดย คุณเรณู ชุมคช (Chumcoth, 2012) จำนวน 23 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนขึ้นอยู่กับเชิงบวกเชิงลบดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนตัวเลือก	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบางครั้ง	3	2
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

คะแนนภาพรวม ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 23-92 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ เพื่อคำนวณค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมในการแปลผล คำนวณโดยใช้สูตรความกว้างของอันตรภาคชั้น (Phattharayuttawat, 2013) จึงสามารถแบ่งดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 70-92 มีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์สูง คะแนนเฉลี่ย 47-69 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 23-46 มีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการ

พยาบาลเด็กและวัยรุ่น และการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of item-objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .66 - 1.00

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำเครื่องมือที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน หาค่าคูเดอร์ริชาร์ตสัน (KR-21) ได้เท่ากับ .68 และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ คำนวนจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอนโดยการดำเนินการ ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละประมาณ 50 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “รู้จักกัน ฉันและเธอ” จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและการดำเนินกิจกรรม ประเมินความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 3ลด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนตัวไป แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์) คัดกรองกลุ่มตัวอย่างแบ่งระดับของภาวะน้ำหนักเกินแยกตามกลุ่มสีตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย $18.5-22.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีขาว (น้ำหนักปกติ), $23-24.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเขียวอ่อน (น้ำหนักเกินมีภาวะเสี่ยง), $25-25.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเขียวเข้ม, $30-34.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีเหลือง, และ $35-39.9 \text{ kg/m}^2$ เป็นกลุ่มสีส้ม (โรคอ้วน), มากกว่าเท่ากับ 40 kg/m^2 เป็นกลุ่มสีแดง (อ้วนมาก) และสีดำเป็นกลุ่มโรคอ้วนและมีโรคอื่นแทรกซ้อน แจกคู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “เคล็ดไม่ลับน้ำหนักลดได้” จะเป็นการให้ความรู้การลดน้ำหนักตามหลักการ 3อ 3ลด ร่วมกับปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี และวางแผนร่วมกันในการลดน้ำหนักเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และมีการบันทึกในแต่ละวัน และออกกำลังกายร่วมกัน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ทำอะไรให้มีส่วน” จะเป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “Good Bye OverweightS” จะเป็นการสรุปและร่วมแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 8 ติดตามประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยสถิติความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ โดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจากการทดสอบการกระจายข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ จึงทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุราษฎร์ธานี ได้ลำดับที่ 2022/20 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายถึงสิทธิของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด มีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย และต้องได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่าการเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด การรายงานผลการวิจัยจะถูกรายงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยผู้วิจัยมีการเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และแจ้งเบอร์โทรศัพท์สถานที่สำหรับการติดต่อแก่กลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.00 กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนัก ระหว่าง 56-120 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 74.9 กิโลกรัม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 14.47) เพศหญิงมีรอบเอวเกินเกณฑ์ (มากกว่า 80 เซนติเมตร) คิดเป็นร้อยละ 71.00 และเพศชายมีรอบเอวเกินเกณฑ์ (มากกว่า 90 เซนติเมตร) คิดเป็นร้อยละ 37.50 สำหรับค่าดัชนีมวลกายจำแนกตามป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มโรคอ้วนซึ่งมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25-25.9 kg/m² (สีเขียวเข้ม) และกลุ่มน้ำหนักเกินมีภาวะเสี่ยง ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23-24.9 kg/m² (สีเขียวอ่อน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.00 อีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มโรคอ้วนซึ่งมีค่าดัชนีมวลกาย 30-34.9 kg/m² (สีเหลือง) คิดเป็นร้อยละ 24.00 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 90 และมีบางส่วนดื่มสุรา 1-2 ครั้งในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 10

2. ระดับความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีภูมิลำเนาในถิ่น ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำแนกตามระดับความรู้เพื่อ
ป้องกันโรคอ้วน (n=50)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 4 คะแนน)	1	2	-	-
ระดับปานกลาง (5 – 8 คะแนน)	21	42	8	16
ระดับสูง (9 – 12 คะแนน)	28	56	42	84
รวม	50	100	50	100

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.00 มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 42.00 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน ระดับสูง ร้อยละ 84.00 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำแนกตามระดับพฤติกรรม
สุขภาพ (n=50)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (23-46 คะแนน)	-	-	-	-
ระดับปานกลาง (47-69 คะแนน)	45	90	28	56
ระดับสูง (70-92 คะแนน)	5	10	22	44
รวม	50	100	50	100

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.00 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 10.00 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.00 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 44.00

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนและหลังการเข้าร่วม
โปรแกรม (n=50)

ความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วน	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.52	.86	- 5.15**	.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	9.66	1.32		

**p<.01

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 8.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 9.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=-5.15, p<.01$)

4. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=50)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	60.34	5.40	- 4.84	.00
หลังการทดลอง	64.64	5.60		

** $p<.01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 60.34 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.40) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 64.64 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.60) แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการลดภาวะน้ำหนักเกินหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการลดภาวะน้ำหนักเกินหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=- 4.84, p<.01$)

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายได้ตามสมมติฐานการวิจัย คือ สมมติฐานข้อ 1 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น จากผลการวิจัยพบว่าความรู้และพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เนื่องมาจากแนวคิด สบช.โมเดล เป็นแนวคิดที่นำมาใช้ส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และสมรรถนะในการจัดการสุขภาวะของตนเองให้มีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Tianthavorn & Chitang, 2022) ซึ่งนักศึกษานักพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินนับว่าเป็นบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการอารมณ์ มีการให้นักศึกษาพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 3ลด และมีกำกับติดตามและการประเมินผลอย่างต่อเนื่องทำให้นักศึกษาพยาบาลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

ความรู้เพื่อป้องกันโรคอ้วนเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาใช้ในการกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมในดูแลสุขภาพตนเอง นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการจำแนกกลุ่มความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินตามเครื่องมือปิงปองจรรยาชีวิตแล้วให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่และแอลกอฮอล์ให้เหมาะกับกลุ่ม เมื่อนักศึกษาพยาบาลทราบว่าตนเองอยู่ในระดับไหนทำให้ตระหนักและสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่ม มีการซักถาม ให้อำนาจเสริมความรู้กลับไปทบทวนทำให้มีการเรียนรู้ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมลดความอ้วนของนักศึกษาที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม พบว่าความรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดความอ้วนระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (No-in, Sada, Panchanee, & Sananuea, 2017) และการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักเกินโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานของนักเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การเข้าร่วมโปรแกรม จะช่วยทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้น (Jantacumma, 2020)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นเกิดจากการปรับเปลี่ยนตามหลัก 3อ 3ลด ได้แก่ อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกระบวนการลดน้ำหนักที่เหมาะสมที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้และปฏิบัติได้จริง (Saetew & Teepapal, 2016) มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพซึ่งการบันทึกจะช่วยให้การประเมินวัยรุ่นตอนปลายมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและต่อเนื่องหรือไม่ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย ช่วยให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกวิธี มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อนๆ มีตัวอย่างอาหารที่เหมาะสม นำเสนอตัวอย่างวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่สามารถนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับตนเองมากที่สุด แนะนำวิธีการ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา กิจกรรมที่ได้รับรวมทั้งมีการเสริมแรงทางบวกด้วยการให้รางวัล และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนักและน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขหญิงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ และค่าเฉลี่ยผลต่างน้ำหนักตัว มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Chantawat, Toonsir, & Rattanaagreeethakul, 2016). และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ "ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี" ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าความรู้และพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Toonkeaw, Aunban, & Chandeekeawchakool, 2018; Juwa, Wongwat, & Manoton, 2019) จากที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี มีผลทำให้เด็กวัยรุ่นตอนปลายที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมและถูกต้อง จะช่วยให้สามารถลดภาวะน้ำหนักเกินได้ลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาค่อนข้างน้อย อาจส่งผลให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเสนอแนะให้มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อประสิทธิผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินในสถาบันการศึกษาต่างๆ และกลุ่มอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้และศักยภาพในการดูแลตนเองในการควบคุม น้ำหนักให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดลร่วมกับเครื่องมือ ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น นักเรียน นักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในระยะยาวโดยใช้โปรแกรมนาน 3 เดือนขึ้นไปเพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

รายการอ้างอิง

- Ayoh, N., Sittisart, V. & Na Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 5(2), 129-139. (In Thai)
- Brown, C. L., Halvorson, E. E., Cohen, G. M., Lazorick, S., & Skelton, J. A. (2015). Addressing childhood obesity: Opportunities for prevention. *Pediatric Clinics of North America*, 62(5), 1241-1261. doi:10.1016/j.pcl.2015.05.013
- Chantawat, K., Toonsir, C., & Rattanaagreeethakul, S. (2016). Effects of Self-regulation Program on Weight Loss Behavior and Bodyweight among Overweight Female Health Care Personne. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(3), 70-82. (In Thai)
- Chumcoth, R., (2012). Factors Related to Health Promoting Behaviors to protection Metabolic Syndrome in Phatthalung Province. Master Thesis in Science Program in Public Health Administration. Graduate school, Thuksin University. (In Thai)
- Cohen J. (1977). Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press.

- Daoruang, W. et al. (2022). Problems and Obstacles in Weight Control of The 3rd Year Nursing Students, Rambhai Barni Rajabhat University. *Proceedings of the 14th NPRU national academic conference 2022*, 1581-92.
from <http://dept.npru.ac.th/conference14/>
- Health Education Division, Ministry of Public Health. (2014). Handbook of Health Literacy Evaluation form for Obesity Children and Adolescents. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The Effectiveness of the Health Behavior Change Program with 7 Colors Ball Tool on Knowledge, Health Belief and Behavior Related to the Prevention and Control of Hypertension and Diabetes Mellitus, in Maeka Sub-District, Muang District, Phayao Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 127-141. (In Thai)
- Navidad, L., Padial-Ruz, R., & González, MC., (2021). Physical Activity, and New Technology Programs on Obesity Prevention in Primary Education: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved October 10, 2022, from <https://doi.org/10.3390/ijerph181910187> (In Thai)
- No-in, K. (2017). Overweight and Obesity among Thai School-aged Children and Adolescents. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Supplement), 1-8. (In Thai)
- No-in, J., Sada, S., Panchanee., P., & Sananuea, S. (2017). Behavior to Reduce Obesity of the Students Identified as Overweight, Faculty of Science and Technology, Pibulsongkram Rajabhat University SRU. *SRU Journal of Science and Technology*, 2(2): 21-31, 2017. (In Thai)
- Phattharayuttawat, S. (2013). *Manual of psychological testing*. Bangkok: Trethep. (In Thai)
- Saetew, P., & Teepapal, T (2016) Development of health promotion programs to reduce the weight of student nurses Boromarajonani College of Nursing Suratthani are overweight. *Journal of Nursing and Education*, 9(3), 80-94. (In Thai)
- Semamon, W. (2019). The effect of weight reduction for among overweight students. *Journal of MCU Humanities Review*, 5(2), 65-74. (In Thai)
- Somjaineuk, J., & Suwanno, J. (2020). Association of age with overweight/obesity in the transitional from late-adolescent to early adulthood: a comparison of prevalence among five-, and three-aged groups. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 3(1), 142-159. (In Thai)
- Suwannaphant, K., Uppara, P., & Kansin, S. (2020). Factors Associated with Overweight among Students in Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(2), 57-72. (In Thai)

- Thai Health Promotion Foundation. (2020). Thai health Watch 2020. Retrieved October 10, 2022, from <https://www.thaihealth.or.th/?p=137300> (In Thai)
- Tienthavorn, V. (2013). Surveillance control and prevention system of DM and HT in Thailand: Policy to action. (3th ed.). Nonthaburi Province: The Ministry of Public Health. (In Thai)
- Tianthavorn V., & Chitiang N. (2022). Roles of Operations in the Production of Graduates in Health Sciences in the Next Decade of Praboromarajchanok Institute. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 5(1), 216-226. (In Thai)
- Toonkeaw, N., Aunban, P., & Chandeekeawchakool, S. (2018). Effects of Health Behavior Changing Program (Food, Exercise, Emotion, Smoking and Alcohol Cessation, Medicine taking) and Vichai's 7 Color Balls Model on Knowledge of Health Behavior and Blood Sugar Levels of Diabetic Patients. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 24(2), 83-95. (In Thai)
- Wanichmontri, S., & Eiu-Seeyok, B. (2022). The Development and the Study of Effect of Self-management Model to Reduce Obesity in Obese Nursing Students with Failed Weight-loss Experience. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 31(1), 192-210. (In Thai)
- World Health Organization. (2017). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved October 15, 2022, from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/>
- World Health Organization. (2022). World Obesity Day 2022 – Accelerating action to stop obesity. Retrieved December 20, 2022, from <https://www.who.int/news/item/04-03-2022-world-obesity-day-2022->

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นิภาพร นาครพรม, นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,
e-mail; nongni1911@gmail.com

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

ศุภพงศ์ เกษตรสุนทร, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, e-mail; doct19682015@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 6 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยการสนทนากลุ่มทีมพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยทีมพยาบาลวิชาชีพ 10 คน หลังทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วย 5 ราย และประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88, .80 และ .88 ตามลำดับ คะแนนคุณภาพรวมของโปรแกรมเท่ากับ 6.37 และจากการนำโปรแกรมไปทดสอบกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน ได้ค่า แอลฟา .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก 4 ประเด็น คือ ไม่มีโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ปรีกษาอายุรกรรมและวิสัญญีเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ปรีกษานักโภชนาการและนักกายภาพบำบัดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเท่านั้น ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาลก่อนรับไว้ในหอผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาลระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะที่ 3 ประเมินโดยทีมพยาบาลวิชาชีพ 10 คน จาก 5 หอผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรมโดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล พบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้อยู่ในระดับดี (Mean=6.37, SD.=1.41) ซึ่งการให้ข้อมูลและการสาธิตที่ครบถ้วนตามโปรแกรมก่อนผ่าตัดจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมที่เพิ่มขึ้นด้วย

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัด, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ภาวะแทรกซ้อน, วันนอนโรงพยาบาล

A Development of Enhanced Recovery Program after Colorectal Surgery in the Surgical Department Suratthani Hospital

Nipaporn Nakprom, Master of Nursing Science (Nursing Administration) Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand, email; nongni1911@gmail.com

Somjai Puttapitukpol, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand, email; pusomjai@gmail.com

Suppamong Kasetsunthorn, Suratthani Hospital, email; doct19682015@gmail.com

ABSTRACT

The purpose of this research and development was to development of enhanced recovery program after colorectal surgery in the Surgical Department Suratthani Hospital. The research is divided into 3 phases: Phase 1: studies the care situation for patients who have undergone colorectal cancer surgery by literature review and in-depth interviews with a multidisciplinary team of 6 people. Phase 2: Develop a program to promote recovery after colorectal cancer surgery. By group discussion with a team of professional nurses taking care of 10 patients. Phase 3: evaluated the effectiveness of the Development of Enhanced Recovery Program after Colorectal Surgery in the Surgical Department Suratthani Hospital program by a team of 10 professional nurses after piloting the program with 5 patients and evaluate the appropriateness of the program and tools used in the research, including the main questions in in-depth interviews and focus groups created by the researcher. and apply the Quality Assessment of Guidelines for Research and Evaluation which had a content validity index equal to .88, .80 and .88 respectively. The overall quality score of the program was 6.37 and from testing the program with a group similar to a sample of 10 people, the alpha value was .95. Data were analyzed using descriptive statistics. and content analysis

The results of Phase 1 research found that there are 4 issues in the care of patients undergoing colorectal cancer surgery: there is no clear program to promote postoperative recovery ;Consult with internal medicine and anesthesia only for patients with congenital diseases. Consult a nutritionist and physical therapist only when post-operative complications arise. Phase 2: Develop the program which consists of Nursing activities before admission to the ward Nursing, activities before and after surgery. Phase 3 was assessed by a team of 10 professional nurses from 5 wards in the surgical department using the Quality Assessment of Guidelines for Research and Evaluation It were found that the program was suitable for use at a good level (Mean=6.37, SD=1.41) which providing complete information and demonstration according to the preoperative program would have an effect on increasing the efficiency of the program as well.

Keywords: Enhanced Recovery Program After Surgery, Colorectal Cancer, Complication, Length of Stay

บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากสถิติพบผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลก 19.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 10 ล้านคน (Office of the Health Promotion Foundation, 2021) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 140,000 คนต่อปี หรือ 400 คนต่อวัน โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมะเร็งปากมดลูก จากสถิติ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 41.06 (Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021)

การรักษา มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะให้การรักษาโดยพิจารณาจากตำแหน่ง ระยะของโรครวมถึงความพร้อมของผู้ป่วย โดยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีเป็นการรักษาเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ โดยส่วนใหญ่ มะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีการให้ยาเคมีบำบัดหลังผ่าตัด ส่วนมะเร็งทวารหนักจะฉายรังสีร่วมกับเคมีบำบัดอาจจะให้ก่อนหรือหลังผ่าตัด (Sutthajit, Pornprom & Pornchai, 2016) หากรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือฉายรังสีร่วมด้วยสภาพร่างกายผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ อาการปวดแน่นท้อง ท้องอืด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมการลุกเดินจากเตียงโดยเร็วหลังผ่าตัด เป็นกิจกรรมที่สำคัญในการป้องกันอาการท้องอืด ช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็ว ลดวันนอนโรงพยาบาล โดยแนวทางที่ตอบสนองปัญหาดังกล่าว คือ การส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) ซึ่งเป็นกระบวนการดูแลแบบสหสาขาที่มีการพัฒนาและนำมาใช้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครอบคลุมระยะก่อนและหลังผ่าตัดที่ได้มาตรฐาน เพื่อเร่งการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อนและวันนอนโรงพยาบาล (Winai , 2015) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิด ERAS ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์ความเป็นเลิศใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน มารดาและทารก โรคหัวใจและโรคมะเร็ง โดยพบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ามารับการผ่าตัดมากเป็นอันดับหนึ่ง การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงต้องมีคุณภาพสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล รวมทั้งการรักษาเพื่อให้หายขาดยังคงต้องใช้วิธีการผ่าตัดเป็นหลัก ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ของแผนกศัลยกรรม ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1,2,4 และศัลยกรรมหญิง 1,2 จากการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบัน พบว่า เป็นการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามแผนประจำวัน ไม่มีรูปแบบเฉพาะที่ชัดเจน ทำให้การบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการรายบุคคลยังไม่ครอบคลุม รวมทั้งการวางแผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บุคลากรดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแตกต่างกันตามประสบการณ์ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแล นั่นก็คือภาวะแทรกซ้อนและวันนอนโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินการจัดบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการพยาบาล โดยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถทำนายจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้มากที่สุด (Prapaporn & Aunchalee, 2016)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยใช้แนวคิด ERAS มาเป็นกรอบการพัฒนาโปรแกรม ร่วมกับการใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายมีความเหมาะสม ตอบสนองความต้องการรายบุคคลได้ครอบคลุม มีแนวทางการดูแล

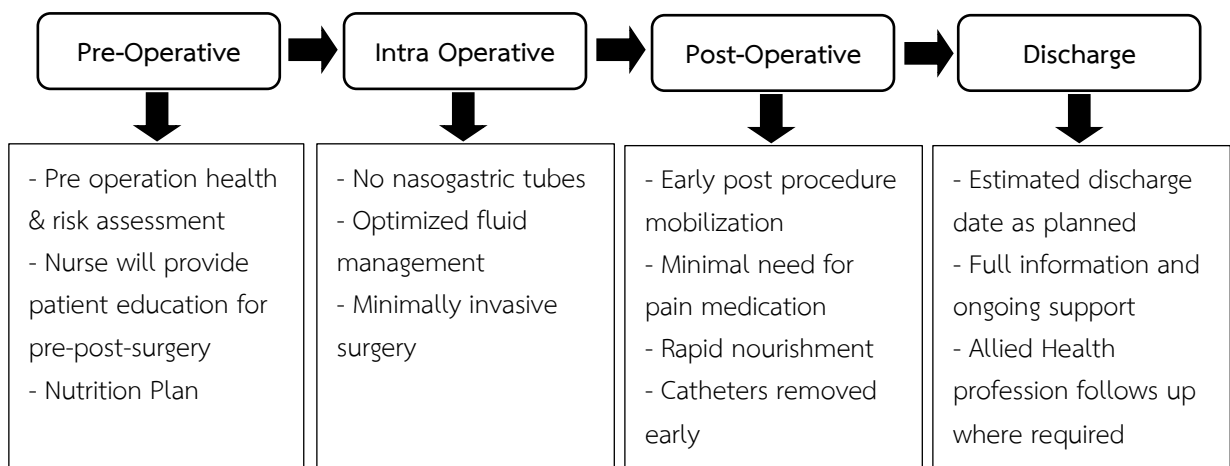
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บุคลากรพึงพอใจ เกิดการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลนั้นก็คือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน วันนอนโรงพยาบาลลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
3. ประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด ERAS (Winai, 2015) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัดดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 6 ทีม ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักทีมละ 1 คน รวม 6 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน

พยาบาลวิชาชีพระดับผู้บริหาร 1 คน และพยาบาลวิชาชีพประจำการ 1 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างด้วยแนวคำถามหลักคนละ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว จุดเด่น จุดด้อย รวมทั้งจุดที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไม่ต่ำกว่า 5 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและยินดียอมรับการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แนวคำถามหลักประมาณ 30 นาที ในวันที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามวันเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่างเป็นที่พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1,2,4 และศัลยกรรมหญิง 1,2 หอผู้ป่วยละ 2 คน รวม 10 คน ในการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่ต่ำกว่า 3 ปี
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้ตามเวลาที่กำหนด

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปทดลองใช้และประเมินผลกลุ่มตัวอย่างเป็นที่พยาบาลวิชาชีพทีมเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1

1. แบบสอบถามสำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน และแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกมี 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว จุดเด่น จุดด้อย รวมทั้งจุดที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลในปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบัน

2. แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพ

ระยะที่ 2

1. แบบสอบถามสำหรับทีมพยาบาลวิชาชีพประจำการ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน แนวคำถามหลักในการสนทนากลุ่มมี 6 ประเด็น ได้แก่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การจัดการความปวด การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว แนวทางการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ข้อคิดเห็นหลังการนำร่างโปรแกรมไปใช้ และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

2. แบบบันทึกการสนทนากลุ่มทีมพยาบาลประจำการ

ระยะที่ 3

แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II Instrument: AGREE II Instrument, 2017) ประกอบด้วย 6 ด้าน มีจำนวน 15 ข้อคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบด้วย ศัลยแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลวิชาชีพระดับบริหาร อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี และอาจารย์จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี และผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผลพบว่าแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .88, .80 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

ระยะที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยเก็บข้อมูลสถิติจากสารสนเทศ การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในแผนกศัลยกรรม และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน วันนอนโรงพยาบาลและบันทึกการการสัมภาษณ์ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และนำมาถอดเทปเพื่อรวบรวมข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

ระยะที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการขอความร่วมมือในการสนทนากลุ่มอย่างไม่เป็นทางการทุกคน พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกที่สร้างขึ้น เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา
2. ข้อมูลประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราชและได้รับอนุญาตตามหนังสือเลขที่ REC 64-0056 และ NS No10/2564 ตามลำดับ การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเป็นไปตามความสมัครใจ และมีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งผู้ป่วยด้วย โดยใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ซึ่งมีรหัสผ่าน มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ส่วนเอกสารจะเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อกและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามระยะของการวิจัย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ระยะศึกษาวิเคราะห์สภาพการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มสสหาวิชาชีพมีดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลส่วนบุคคล (n=6)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	1	16.67
	หญิง	5	83.33
อายุ (ปี)	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	1	16.67
	41 – 50 ปี	2	33.33
	51 – 60 ปี	3	50
พิสัย 28 ปี (Mean=47.17, SD.= 10.67, Min = 31 ปี, Max = 59 ปี)			
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	3	50
	ปริญญาโท	3	50
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน(ปี)			
	1-10	1	16.67
	11-20	3	50
	21-30	2	33.33
พิสัย 23 ปี (Mean=18, SD.=7.64, Min=5 ปี, Max=28 ปี)			

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะนี้เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 47.17 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50 และปริญญาโทร้อยละ 50 อายุงานเฉลี่ย 18 ปี และยินดีรับการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามหลักประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง จากการวิเคราะห์เนื้อหาสรุปได้ 4 ประเด็น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สภาพการณ์การดูแลและแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สภาพการณ์การดูแลรูปแบบเดิม	แนวทางการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นตัว
1. ไม่มีโปรแกรมการฟื้นตัวที่ชัดเจน	มีโปรแกรมการฟื้นตัวที่ชัดเจน
2. ปรึกษาอายุรกรรมและวิสัญญีเมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวที่หอผู้ป่วยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว	ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการนัดหมายมาผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมและวิสัญญีจากแผนกผู้ป่วยนอก
3. ไม่มีการประเมินภาวะโภชนาการและและปรึกษานักโภชนาการก่อนผ่าตัด	มีการประเมินภาวะโภชนาการและปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารทางการแพทย์หลังผ่าตัด
4. มีการปรึกษานักกายภาพบำบัดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเท่านั้น	มีการปรึกษานักกายภาพบำบัดตั้งแต่มองผ่าตัดพร้อมสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติ และติดตามให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องหลังผ่าตัด

จากตารางที่ 2 พบสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ 4 ประเด็น คือ ไม่มีโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ปรึกษาอายุรกรรมและวิสัญญีเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ปรึกษานักโภชนาการและนักกายภาพบำบัดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเท่านั้น ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิด Enhanced recovery after surgery: ERAS ที่พัฒนาขึ้นโดย Royal College of Surgeons (2015) มาจัดทำ (ร่าง) โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ตอนที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพมีดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	31-40 ปี	2	20
	41-50 ปี	8	80
พิสัย 18 ปี (Mean=43.60, SD.=5.21, Min=32 ปี, Max=50 ปี)			
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	8	80
	ปริญญาโท	2	20
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบัน(ปี)			
	10-20	3	30
	21-30	7	70
พิสัย 15 ปี (Mean=21.60, SD.=4.77, Min=10 ปี, Max=25 ปี)			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักในระยษนี้ มีอายุเฉลี่ย 47.17 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 80 อายุงานเฉลี่ย 21.60 ปี และยินดีเข้าร่วมสนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามหลักประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันปรับปรุง(ร่าง)โปรแกรมให้เหมาะสมต่อการนำไปทดลองใช้ จากการถอดเทปและวิเคราะห์เนื้อหาสรุปได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การดูแลรูปแบบเดิมและ (ร่าง) โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

รูปแบบการดูแลแบบเดิม	(ร่าง)โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
การส่งปรึกษาอายุรกรรมและวิสัญญีเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว	กิจกรรมก่อนรับไว้ในหอผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมและวิสัญญีที่แผนกผู้ป่วยนอก (กรณีรอผลเลือดไปดำเนินการที่หอผู้ป่วย) ระยะก่อนผ่าตัด (1-2 วันหลังAdmit) คัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น และประเมินภาวะโภชนาการด้วย NAF พร้อมส่งปรึกษานักโภชนาการก่อนผ่าตัด ประสานแพทย์เขียนใบปรึกษานักกายภาพบำบัด ระยะหลังผ่าตัด (3-5วัน) ประเมินติดตามให้ผู้ป่วย Early Ambulate โดยปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับในระยะก่อนผ่าตัดจากนักกายภาพ 8 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ดูแลจัดการระบบการหายใจ ความปวด สัญญาณชีพให้ปกติ หลังจากผ่าตัด 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถหายใจลึกๆได้10 ครั้ง ไอให้เสมหะออกทุกครั้ง ทำซ้ำทุก 2 ชั่วโมงและออกกำลังกายเท้าโดยกระดกข้อเท้าขึ้นลง หมุนข้อเท้าเป็นวงกลม 10 ครั้งและพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงได้ Day 1 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและยืนข้างเตียงได้ ≥ 1 นาที และฝึกการบริหารปอดด้วย Tri-flow ได้ Day 2 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถลุกเดินแบบที่ละก้าวได้ 10 ก้าว 3 รอบ โดยเดินรอบเตียงวันละ 2 ครั้ง เข้า,เย็น Day 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถเดินแบบสลับเท้าได้มากกว่า 25ก้าว และเดินไปห้องน้ำได้ วันละ 3 ครั้ง เข้า เทียง เย็น Day 4-5 หลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประเมินติดตามการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยให้ปฏิบัติต่อเนื่อง
1. ไม่มีการคัดกรอง ไม่มีการประเมินภาวะโภชนาการและไม่มีการปรึกษาโภชนาการ	
2. ปรึกษากายภาพเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	
3. ไม่มีการให้ข้อมูล ไม่มีการฝึกสาธิตการเคลื่อนไหวร่างกายก่อนผ่าตัด	
ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เคลื่อนไหว แต่ไม่ได้กำหนดเป้าหมายว่าแต่ละวันต้องทำอะไรได้บ้าง	
ให้ผู้ป่วยฝึกบริหารปอดด้วยTri-flow เมื่อมีคำสั่งแพทย์	

จากตารางที่ 4 หลังการสนทนากลุ่มกับทีมพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เหมาะสมต่อการนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ตอนที่ 3 ให้นำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักไปทดลองใช้และประเมินผล หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ 3 เดือน (กรกฎาคม-ตุลาคม 2565) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัญหาและแนวทางพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

(ร่าง) โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	ปัญหาที่พบ	แนวทางการปรับปรุง	โปรแกรมการพยาบาลส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ขั้นตอนในการนำสู่การปฏิบัติไม่ชัดเจน	ใช้เวลาทำความเข้าใจนาน ก่อนนำไปปฏิบัติ	จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ	มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน
การนำโปรแกรมไปใช้ต้องใช้เวลาทำความเข้าใจนาน	ใช้เวลาทำความเข้าใจโปรแกรมนานทำให้ล่าช้า	ปรับเปลี่ยนเพิ่มการตรวจสอบเพื่อลดระยะเวลา	มีการตรวจสอบขั้นตอนการปฏิบัติตามโปรแกรมพร้อมคู่มือ
การประเมินภาวะโภชนาการ	ไม่เข้าใจวิธีการประเมิน รวมทั้งขั้นตอนส่งข้อมูล ปรึกษานักโภชนาการผ่านระบบคอมพิวเตอร์	นำแบบฟอร์มคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้นและแบบประเมิน NAF มาอธิบายและฝึกประเมินพร้อมสาธิตการส่งข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์	มีแบบฟอร์มคัดกรองโภชนาการเบื้องต้น ของสมาคมผู้ให้อาหารทางเส้นเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยและสาธิตการปรึกษาระบบคอมพิวเตอร์
การส่งปรึกษากายภาพล่าช้า (ต้องส่งก่อนเที่ยงวันเข้ารับการรักษา)	นักกายภาพไม่เจอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพิ่มภาระงานพยาบาลการให้ข้อมูลแทน	ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และแพทย์หัวหน้าแผนกศัลยกรรม	แพทย์เจ้าของไข้เขียนใบปรึกษากายภาพ จากแผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ส่งปรึกษาได้ก่อนเที่ยง นักกายภาพสามารถมาดูแลผู้ป่วยได้

จากตารางที่ 5 หลังการนำโปรแกรมไปทดลอง 3 เดือน กับผู้ป่วย 5 ราย มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.2 วัน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และได้ร่วมกันปรับปรุงจนได้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่เหมาะสม

ประเมินผลโปรแกรมโดยทีมพยาบาลประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล AGREE II แบ่งเป็น 6 ด้าน 15 ข้อคำถาม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนาขึ้น (n=10)

ผลการประเมินโปรแกรมรายชื่อ	Mean	SD.	ระดับ
1. มีการระบุขอบเขตและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมที่สร้างขึ้น	6.40	1.70	ดี
2. ประเด็นการสัมภาษณ์กลุ่มในการสร้างโปรแกรมครอบคลุมในเรื่องการส่งเสริมการฟื้นตัวผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้แนวทาง ERAS	6.50	1.51	ดี
3. โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมกับการดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	5.80	1.29	ดี
4. กลุ่มผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรม มาจากกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย	6.60	.92	ดีมาก
5. ระบุกลุ่มผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพประจำการ	6.60	.69	ดีมาก
6. การพัฒนาโปรแกรมมีวิธีการสร้างโปรแกรมฯ โดยใช้แนวทางการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	6.70	.50	ดีมาก
7. มีการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ	6.50	.82	ดี
8. มีการระบุ กระบวนการพัฒนาโปรแกรมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม	6.10	0.90	ดี
9. ประเด็นแนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาโปรแกรมฯ มีการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ	6.20	1.13	ดี

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมินหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนาขึ้น (n=10) (ต่อ)

ผลการประเมินโปรแกรมรายข้อ	Mean	SD.	ระดับ
10. โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีการระบุแนวทางการดำเนินการได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม	6.60	1.14	ดีมาก
11. โปรแกรมเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและสามารถนำไปใช้ได้	6.20	1.63	ดี
12. มีการอธิบายเกณฑ์การประเมินผลโปรแกรม	6.40	1.76	ดี
13. โปรแกรมมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย	6.10	2.20	ดี
14. ผู้ร่วมสร้างโปรแกรมมีอิสระในการให้ข้อมูลและความรู้โดยไม่มีการถูกบังคับหรือชี้นำ	6.50	2.32	ดี
15. มีหลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้ร่วมพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบบันทึกข้อมูลและความรู้	6.30	2.66	ดี
โดยรวม	6.37	1.41	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่าการประเมินผลหลังใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในภาพรวมอยู่ในระดับดี (Mean=6.37, SD.=1.41) และจากการสอบถามพยาบาลวิชาชีพ ผู้ใช้โปรแกรม มีความพึงพอใจในการนำไปใช้ และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ฟื้นตัวได้เร็ว

ตารางที่ 7 ผลการประเมินโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พัฒนาขึ้น 6 หมวด

ผลการประเมินโปรแกรมรายหมวด	ระดับคะแนน(ร้อยละ)
1. ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (ข้อที่ 1,2,3)	88.33
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ข้อที่ 4,5)	93.33
3. ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (ข้อที่ 6,7,8,9)	89.58
4. ความชัดเจนของการนำเสนอ (ข้อที่ 10)	91.60
5. การนำไปใช้ (ข้อที่ 11,12,13)	87.22
6. ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (ข้อที่ 14,15)	90.00
โดยรวม	90.01

จากตารางที่ 7 พบว่าผลการประเมินโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีรายหมวดระดับคะแนนโดยรวมร้อยละ 90.0

ตารางที่ 8 ผลการนำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีไปทดลองใช้กับผู้ป่วย (n=5)

ผู้ป่วย 5 ราย	วันนอนโรงพยาบาล (วัน)	ภาวะแทรกซ้อน
รายที่ 1	7	ไม่มี
รายที่ 2	6	ไม่มี
รายที่ 3	6	ไม่มี
รายที่ 4	6	ไม่มี
รายที่ 5	6	ไม่มี
วันนอนเฉลี่ย	6.2	

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีพบว่ามียวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6.2 ไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน และพบว่าวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลง 3.3 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาย้อนหลัง จากประวัติการรักษาผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักแผนกศัลยกรรม 102 ราย ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2562 มีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.5 และมีภาวะแทรกซ้อน

อภิปรายผล

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ไม่มีโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ชัดเจน ปรีกษาอายุรกรรม และวิสัญญีเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ปรีกษานักโภชนาการและนักกายภาพบำบัดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเท่านั้นและจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักแต่บางราย จะมีการฉายรังสี ให้เคมีบำบัดร่วมด้วยขึ้นอยู่กับตำแหน่งและระยะของโรค รวมทั้งสภาพความพร้อมทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการลุกจากเตียงโดยเร็ว (Early ambulation) เป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Colotta (2018) พบว่าการ Early Ambulation ภายใน 1-3 วันหลังผ่าตัด สามารถลด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ อีกทั้งการศึกษาของ Almeida (2017) พบว่าการออกกำลังกายหลังผ่าตัดทำให้ ระดับการอ่อนเพลียต่ำ สามารถเดินได้ 3 เมตร โดยปราศจากผู้ช่วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriphan (2015) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการลุกจากเตียงโดยเร็วระบบต่างๆจึง กลับสู่ภาวะปกติได้เร็วกว่ากระบวนการฟื้นตัวตามธรรมชาติ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดวันนอนโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนก ศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ERAS ที่พัฒนาโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ใน ปี 2015

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทำให้ได้ โปรแกรมที่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ก่อนจนกระทั่งหลังผ่าตัด มีการกระตุ้น Early ambulation การฝึกสูดหายใจและกำหนดเป้าหมายในแต่ละวันที่ชัดเจน ให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและวัดผลได้

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยทีมพยาบาลประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล พบว่า คะแนนประเมินรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีและรายหมวดระดับคะแนนโดยรวมร้อยละ 90.01 และผล การทดลองใช้โปรแกรมในการดูแลผู้ป่วย 5 ราย พบว่า ไม่มีภาวะแทรกซ้อน วันนอนโรงพยาบาลลดลง 3.3 วัน เมื่อเทียบกับก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Thamonwan, Nirobol & Rungsima (2018) ที่ศึกษาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย Colorectal ผ่าตัดหน้าท้อง พบว่าวันนอน โรงพยาบาลลดลง 2 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lau & Chamberlain (2017) ที่ได้ศึกษา Program ERAS ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและการฟื้นฟูสภาพโดย ประเมินผลการใช้ Program ERAS มีความเชื่อมโยงกับการลดลงของวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้เร็ว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Elgohary, Baiuomy, Abdelkader, Hamed & Mosaad (2017) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลด้วย ERAS และการดูแลรูปแบบเดิมพบว่า แนวทาง ERAS มีความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้ทำให้วันนอนโรงพยาบาลลดลง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน

การมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาโปรแกรมนำไปสู่การปฏิบัติตามโปรแกรที่ยั่งยืน อีกทั้งสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การให้ข้อมูลและการสาธิตเกี่ยวกับการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงการบริหารร่างกายการลุกเดินจากนั้กกายภาพบำบัดก่อนผ่าตัด เป็นระยะการให้ข้อมูลที่เหมาะสมส่งผลให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆได้ของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นกว่าการให้ข้อมูลในระยะหลังผ่าตัด และผู้ป่วยจะปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆได้ดีมากขึ้น

2. นำโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แผนกศัลยกรรมไปใช้กับทุกแผนกในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อให้มีวิธีปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกันซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด วันนอนโรงพยาบาลลดลงทั้งโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก วัดผลระยะนานขึ้นเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี

2. ศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในแผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และนำรูปแบบการพัฒนาโปรแกรมไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ

รายการอ้างอิง

- Almeida, E. P. (2017). Early mobilization programme improves functional capacity after major abdomical cancer surgery:a randomized controlled trial. *Britist Journal of Anaesthesia*, 900-907.
- Bhardwal, N. (2019). Enhanced recovery after surgery. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, unpagged.
- Boden, I.,Sullivan, K.,Hackett, C.,Winzer, B.,Lane, R.,McKinnon, M.,& Robertson, I. (2018). ICEAGE(Incidence of Complications following Emergency Abdominal Surgery:Get Exercising):study protocol of a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial testing physiotherapy for the prevention of complication and improved physical recovery after emergency abdominal surgery. *World Journal of Emergency Surgery*,13(29), 1-17.
- Calotta, N. A. (2018). Early Ambulation After Colorectal Oncologic Resection with Perineal Reconstruction is Safe and Effective. *The American Journal of Surgery*, 1-16.
- Carmichaei, J. C. (2017, 60 8). Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Diseases of the Colon & Rectal Volume*, 761-784.

- Elgohary, H. B. (2017). Comparative study between enhanced recovery after surgery and conventional perioperative care in elective colorectal surgery. *The Egyptian Journal of Surgery*, 137-144.
- Fagard, K. W. (2019). A Systematic review of the intervention components, adherence and outcome of enhanced recovery programmes in older patients undergoing elective colorectal surgery. *BMC Geriatrics*, 1-16.
- Grass, F. P. (2018). Feasibility of early postoperative mobilisation after colorectal surgery : A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery (London, England)*, 161-166.
- Greer, N. L. (2018). Enhanced recovery protocols for adults undergoing colorectal surgery : A Systematic review and Meta-analysis. *Diseases of the Colon & Rectum*, 1108-18.
- Gustafsson, U. O. (2019). Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery : Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations :2018. *World Journal of Surgery*, 659-695.
- Holder-Murray, J. E. (2019). Postoperative nausea and vomiting in patients undergoing colorectal surgery within an institutional enhanced recovery after surgery protocol : comparison of two prophylactic antiemetic regimens. *Korean Journal of Anesthesiology*, 344-350.
- Institute for Medical Technology Research and Evaluation, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2013). *Guideline quality assessment tool for research and evaluation*. Retrieved from <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf> (In Thai)
- Joris, J. L. (2018). How to implement an enhanced recovery programme after colorectal surgery? *ACTA Chirurgica belgica*, 1-5.
- Lau, C. S. (2017). Enhanced Recovery After Surgery Programs Improve Patient Outcome and Recovery : A Meta - analysis. *World Journal of Surgery*, 899-913.
- Lohsiriwat, V. (2019). Mosapride Reduces Prolonged Postoperative Ileus after Open Colorectal Surgery in the Setting of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) : A Matched Case-Control Study. *Sriraj Medical Journal*, 181-188.
- Malczak, P., Pisarska, M., Piotr, M., Wysocki, M., Budzynski, A., & Pedziwiatr, M. (2017). *Enhanced Recovery after Bariatric Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis*, 226-235.
- Medical records agency and cancer database Digital Medical Group National Cancer Institute. (2021). *Hospital level cancer registry 2020*. Retrieved April 23, 2023, from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/files/main.pdf (In Thai)
- Mercedes, C. O. (2019). Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery program in elective colorectal surgery: a prospective cohort study. *Journal Coloproctology*, 249-257.

- Office of the Health Promotion Foundation. (2021). *Outstanding situation: Cancer is the leading cause of death one*. Retrieved on April 23, 2023, from https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=38 (In Thai)
- Parinya, T., Arun, R., & Darin, L. (2016). *Surgery evolves Colon and Rectal Surgery Edition* (page 1-17). Bangkok: Bangkok Medical News. (In Thai)
- Patil, S. C. (2019). Implementing enhanced recovery pathways to improve surgical outcomes. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, unpagued.
- Prapaporn, J., & Aunchalee, C. (2016). Factors predicting the number of hospital stays in elderly patients with gastrointestinal cancer treated with surgery. *Journal of Cardiothoracic Nursing*, 27(1), 30-42. (In Thai)
- Siriphan ,P. (2016). The role of nurses in promoting early ambulation after surgery. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 9(2),14-23. (In Thai)
- Sutthajit, L.,Pornprom, M., & Pornchai,O. (2016). Surgery evolves in cancer.Bangkok: Bangkok Medical News. (In Thai)
- Thamonwan, Y.,Nirobol, K., & Rungsima, T. (2018). Using clinical guidelines for caring for colorectal patients who undergo abdominal surgery. *Journal of Thai Nursing and Midwifery Practice*,5(1), 94-111. (In Thai)
- Warut, L. (2016). Colorectal cancer. Retrieved on September 5, 2022, from <https://mgronline.com/qol/detail/9590000025383> (In Thai)
- Winai ,A. (2015). ERAS in cinical practice(Enhanced Recovery After Surgery. Royal College of Surgeons academic article. (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 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง 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) แสดงสาระสำคัญที่ต้องต้องการนำเสนอตามลำดับ
 - 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 อธิบายความสอดคล้องหรือขัดแย้งกับทฤษฎี 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> หรือหากมีข้อสงสัย ติดต่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ 56/6 หมู่ 2 ถนนศรีวิชัย ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000

แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความนวัตกรรม/บทความวิชาการ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

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

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้าตำแหน่งงาน/หน่วยงาน.....

หากเป็นนิสิตให้ ระบุ สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย).....
ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....

ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ
มาก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

ข้อมูลของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ

โทรศัพท์.....

โทรสาร

e-mail

ใบสมัครสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

สถานที่จัดส่งใบเสร็จ

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์จะชำระ

☐ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ *

☐ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

รวมเป็นเงิน 4,500 บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชำระโดย

☐ โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี (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: ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความมาที่
กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทร 077-287816 ต่อ 218,219

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

หมายเหตุ : * วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น