



บทความวิจัย

- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
- ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- การวิเคราะห์องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 12
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอปปกติดต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติงาน

บทความวิชาการ

- กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคซึมเศร้า



ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2567

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
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri>

หมายเหตุ : วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ไม่มีการตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม
และดำเนินการเผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์เท่านั้น

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 3 ท่านต่อบทความ และ บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวรรณกรรมที่เรียบเรียงขึ้นโดยผู้เขียน มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2567

ที่ปรึกษา

ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ.พญ.ร.อ.หญิง วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีด้านวิจัย นวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ สถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.รัชณี สรรเสริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
----------------------	---------------------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.รวิวรรณ คำเงิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วิณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รศ.ดร.ทยาตา รัตนภิรมย์โณวานิช	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา (การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ)
ผศ.ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตรริน	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.นงนภัทร รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร.จิตาพร วรภักดิ์วิศิษฐ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ผศ.ดร.มัญญฐวรรณ ลียุทธานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.อัจฉรา จันทะพัชร	สถาบันพระบรมราชชนก
ผศ.ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ผศ.ดร.ประดิษฐ์พร พงศ์เตริยาง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

กองจัดการ

อาจารย์ปิยรัตน์ ชูมี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์ฉันทนา นาคฉัตรีย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
นางสาววรรณิ นาคุช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
นางสาวเสาวภา แพแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

กำหนดออก

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

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กำหนดเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ครอบคลุม 6 เดือน ฉบับที่ 1 มกราคม-สิงหาคม ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม ซึ่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลาย สถาบันจำนวนอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ (double blinded) และบรรณาธิการก่อนลงตีพิมพ์ อีกทั้งเป็นวารสารระดับชาติ ที่ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งผลงานวิชาการที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ขอเชิญทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือนวัตกรรมทางสุขภาพ มาเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีความยินดีเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การศึกษา สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการสาธารณสุขเพื่อร่วมกันพัฒนาวารสารไทยให้ยั่งยืน มีคุณภาพมาตรฐานต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา Health Literacy and Obesity Health Behaviors among Primary School Students	e261005 (1-14)
- ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี Effects of a health belief awareness program on stroke prevention behavior in hypertensive patients. Khiansa Hospital Suratthani Province	e267149 (1-14)
- โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี Self-efficacy program in using telehealth technology (Telemedicine) to follow up and treat symptoms Diabetics Chronic Disease Clinic Khian sa Hospital, Surat thani Province	e267293 (1-13)
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Influencing Factors with Symptom Level of Coronavirus Disease 2019 Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients In Donsak Hospital Suratthani Province	e261005 (1-12)
- การวิเคราะห์องค์ประกอบความรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 12 A Factor Analysis of Digital Literacy of Thai Professional Nurses at Tertiary Care Center Hospital,12th Public Health Region	e267642 (1-15)
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี Effectiveness the Development Program on Health Literacy and Health Behaviors of The Village Health Volunteers In Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Suratthani Province	e261640 (1-13)

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี The Effects of Potential Development Program for Village Health Volunteers (VHVs) in Childhood Development Promotion Makham Tia Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province	e267419 (1-15)
- กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก Nursing Care for Pregnant Woman with Epilepsy	e267068 (1-15)
- ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติ ต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติงาน The Effectiveness of Simulation-Based Learning for Normal Labor on The Readiness and Stress of Nursing Students before Internship	e268044 (1-15)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

พัชรี ชูกันหอม¹, อัจฉรวดี ศรียะศักดิ์^{2*}, สุชาดา บุญธรรม¹,
วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก¹, สุวรรณี แสงอาทิตย์¹

¹วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณสุ่มจากเด็กนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่มีภาวะอ้วน จำนวน 104 คน (จากจำนวนประชากร 703 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน ตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาคของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมเท่ากับ .86 มีค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 ของแบบทดสอบด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเท่ากับ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 20 คนประกอบไปด้วยผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ตัวแทนครูโรงเรียนประถมศึกษา ตัวแทนผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 65.39 พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 63.46 รองลงมา คือ ระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 34.62 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบ 3 ประเด็นหลักคือ 1) รับรู้ว่ามีภาวะอ้วนแล้วเสี่ยง พยายามหลีกเลี่ยงแต่ทำไม่ได้ 2) ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และ 3) ขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงเรียนสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนโดยเฉพาะการจัดโครงการกิจกรรมฝึกทักษะเด็กเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สมดุลของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน, นักเรียนชั้นประถมศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: atcharawadee@bcnyala.ac.th)

วันที่รับ 20 ก.พ. 2566, วันที่แก้ไขเสร็จ 19 ม.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 26 ม.ค. 2567

Health Literacy and Obesity Health Behaviors among Primary School Students

Phatcharee Chookunhum¹, Atcharawadee Sriyasak^{2*},
Suchada Boontham¹, Wirod Chinglek¹,
Suwannee Sangartit¹

¹Prachomklao college of Nursing, Phetchaburi province,
Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

²Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This mixed-method research aimed to study health literacy and obesity health behaviors among primary school students. The random sampling involved 104 primary school students (from 703 students) who are obesity. The tools used in this study were demographic data, health literacy, and obesity health behavior questionnaires. The overall reliability of Cronbach's alpha coefficient of health literacy questionnaire was .86, while cognitive skill (KR-20) was .82, and Cronbach's alpha coefficient of obesity health behavior was .80. Descriptive statistics were used for quantitative data analyzing. Qualitative data involved 20 purposive informants from the representatives of primary school students, teachers, and health care providers. Content analysis was used for qualitative data analyzing.

The result revealed that the overall scores of health literacy among the primary school students were at the level of insufficient (65.39%). Moreover, 63.46 percents of students had the overall scores of obesity health behaviors at the fair level and 34.62 percents of their scores was at the poor level. Three main themes from qualitative data reveals as follow: 1) Perceiving obesity is risky but unable to avoid, 2) Imbalance of eating and exercise, and 3) Lack of accessibility to valid information regarding health

Recommendations of the study results, the health promoting hospital and school should be used as guideline in develop program to improve health literacy skill including: understand health information, accessing information and services, communication to increase health skill, self-management and media-literacy. The program and activities should be implemented to train the students to balance between eating and excising in controlling an obesity health behavior.

Keywords: Health Literacy, Obesity, Primary School Students

*Corresponding e-mail: atcharawadee@bcnyala.ac.th

Received: February 20, 2023; Revised: January 19, 2024; Accepted: January 26, 2024

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ที่พบทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกรายงานว่าเด็กวัยก่อนเรียนจำนวน 38.2 ล้านคน และเด็กอายุ 5-19 ปี จำนวน 340 ล้านคน ทั่วโลกมีภาวะโภชนาการเกิน โดยพบว่าจำนวน 1 ใน 4 อยู่ในทวีปแอฟริกาและครึ่งหนึ่งอยู่ในทวีปเอเชีย ดังนั้นจึงมีการบรรจุเป็นวาระแห่งโลกที่ต้องแก้ไขเร่งด่วน (W.H.O, 2016) ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในเด็ก เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Trongchitkarun, 2023) สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทยในฐานะข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พบเด็กอ้วนสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือไม่เกินร้อยละ 10 สถานการณ์เด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 2560-2564 ร้อยละ 11.10, 11.70, 13.60 ตามลำดับ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2021) สถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ 5 ในปี 2565 พบเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 15.7 และในจังหวัดเพชรบุรีพบร้อยละ 16.15 (Health Data Center, 2023)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดจากการดำเนินงานผ่านการให้ความรู้ทางด้านสุขศึกษา (Nutbeam, 2000) โดยเริ่มตั้งแต่การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล ความสามารถในการสื่อสาร การจัดการตนเอง การตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติ การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับประเทศไทยเล็งเห็นความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพและได้บรรจุในแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (Office of the National Economic and Social Development Council, 2021) ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และบังคับใช้เมื่อวันที่ 6 เมษายน 2561 ว่าด้วยประชาชนไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นตัวชี้วัดระดับแผนแม่บทที่ 13.1 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) (Office of the National Economic and Social Development Council, 2017) ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อที่จะสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งถูกกำหนดในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (Office of the National Economic and Social Development Council, 2021) ในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยในการป้องกันโรค การมีความรู้ ความเข้าใจ การมีทักษะการเข้าถึง การประเมินการนำข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนปี 2562 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) พบว่าเด็กวัยเรียนสูงที่สุดมีส่วนร้อยละ 59.10 เพศหญิงสูงที่สุดมีส่วน ร้อยละ 67.70 มากกว่าเพศชายที่สูงที่สุดมีส่วน ร้อยละ 54.10 ส่วนร้อยละ 65.70 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 15.10 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ร้อยละ 57.90 (Mean=27.84) จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 39.90 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ระดับไม่ต่ำ ร้อยละ 52.60 ด้านการโต้ตอบ ชักถามอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 45.20 และด้านการตัดสินใจระดับพอใช้ ร้อยละ 34.4 ส่วนพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์พบว่า เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (3 ด้าน การบริโภคอาหาร ทนต่อสุขภาพ และ กิจกรรมทางกาย) เพียงร้อยละ 0.10 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร พบว่า มีเด็กวัยเรียนเพียงร้อยละ 6.10 ที่มี

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยจะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและไม่รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

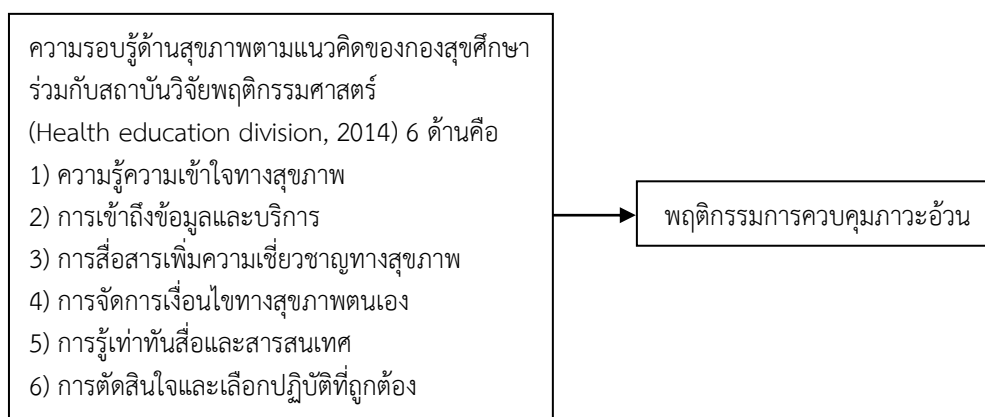
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษารอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนได้ผลแตกต่างกันไปตามบริบทที่ทำการศึกษา (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019; Punnavit & Thongthep, 2020; Kittiboonthawa, Chernchum & Cheutong, 2023; Kalpakdee, Kehanak, Srimaksuk, & Srisodsakul, 2022) อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ใช้กรอบแนวคิดและแบบประเมินของกองสุขศึกษา ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Health education division, 2014) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาจังหวัดเพชรบุรี เพื่อนำผลวิจัยมาใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายและวางแผนการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กวัยเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมควบคุมภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Health education division, 2014) โดยมีทั้งหมด 6 ด้านคือ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อพฤติกรรมควบคุมภาวะอ้วน



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ซึ่งเป็นแบบแผนการวิจัยที่แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: 1-B) ที่ระดับ 0.80 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% Effect

Size ที่ .579 (Kittiboonthawa, Chernchum & Cheutong, 2023) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 104 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา (Inclusion Criteria) คือ 1) เด็กนักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่มีภาวะอ้วนโดยมีน้ำหนักและส่วนสูง $+2.5SD$ ขึ้นไปตามเกณฑ์ของกองโภชนาการ (Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health, 1999) 2) บิดามารดาหรือผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย และนักเรียนยินยอมเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย 3) ไม่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) เด็กมีภาวะเจ็บป่วยหลังการยินยอมเข้าร่วมวิจัย 2) ย้ายภูมิลำเนาออกจากจังหวัดเพชรบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วยอายุ เพศ คะแนนเฉลี่ยสะสม น้ำหนักส่วนสูง และข้อมูลบิดามารดาหรือผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นแบบประเมินมาตรฐานจากกองสุขภาพศึกษา (Health education division, 2014) ทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อๆ ละ 1 คะแนน รวม 10 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มี 3 ระดับ ดังนี้ ไม่ถูกต้อง คะแนนน้อยกว่า 6 คะแนน ถูกต้องบ้าง คะแนน 6-7.99 คะแนน ถูกต้องที่สุด 8 คะแนนขึ้นไป

2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการ มีจำนวน 5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับการเข้าถึงข้อมูลและบริการ มี 3 ระดับดังนี้ ไม่ดีพอ คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน พอใช้ได้ คะแนน 15-19.99 คะแนน ดีมาก คะแนน 20-25 คะแนน

2.3 การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ มีจำนวน 6 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 3 ระดับดังนี้ ไม่ดีพอ คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน พอใช้ได้ คะแนน 18-23.99 คะแนน ดีมาก คะแนน 24-30 คะแนน

2.4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง มีจำนวน 5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง มี 3 ระดับ ดังนี้ ไม่ดีพอ น้อยกว่า 15 คะแนน พอใช้ได้ คะแนน 15-19.99 คะแนน ดีมาก คะแนน 20-25 คะแนน

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีจำนวน 5 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมี 3 ระดับดังนี้ ระดับไม่ดีพอ น้อยกว่า 15 คะแนน ระดับพอใช้ได้ คะแนน 15-19.99 คะแนน ระดับดีมาก 20-25 คะแนน

2.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 4 ข้อๆ ละ 5 คะแนนเต็ม 20 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติมี 3 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดีพอ น้อยกว่า 12 คะแนน ระดับพอใช้ได้ 12-15.99 คะแนน ระดับ ดีมาก คะแนน 16-20 คะแนน

เกณฑ์มาตรฐานจำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีจำนวน 35 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 135 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนนน้อยกว่า 81 คะแนน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ คะแนน 81-107.99 คะแนน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอ คะแนน 108-135 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน เป็นแบบประเมินของกองสุขภาพศึกษา ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Health Education Division, 2014) จำนวน 20 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 100 คะแนน เกณฑ์แบ่งระดับพฤติกรรมการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

มี 3 ระดับ ดังนี้ ระดับไม่ดีพอ คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน ระดับพอใช้ คะแนน 60-79.99 คะแนน ระดับดีมาก คะแนน 80-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกองสุศึกษา ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (Health Education Division, 2014) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คำนวณโดยค่าคูเดอร์ริชาร์สัน-20 (KR-20) ได้เท่ากับ .80 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมภาชนะน้ำหนักเกิน เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยง การศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) 2 กลุ่มคือ 1) ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ตัวแทนครูโรงเรียนประถมศึกษา ตัวแทนผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งละ 2 ท่าน รวมเป็น 10 ท่าน 2) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่มีภาวะอ้วน โรงเรียนละ 2 คน รวม 10 คน ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยลักษณะของแนวคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิด ไม่เป็นคำถามนำและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ทำการสัมภาษณ์เด็กนักเรียน จำนวน 3 รายเพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถาม แนวคำถามประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับภาวะอ้วนของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness) ตามแนวคิดของลินคอนและกูปา (Lincoln & Guba, 1985) คือ 1) ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ตรวจสอบโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันหลังจากที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็น (Theme) 2) การพึ่งพิงกับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นอิสระ จากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านเด็กวัยเรียนและผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 3) การนำไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เช่น อายุ เพศ โรงเรียนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมซึ่งผู้อ่านสามารถตัดสินใจได้ 4) การยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและหลักฐานต่างๆ ตลอดการดำเนินการวิจัยในโปรแกรม NVivo10 เพื่อสามารถอ้างอิงและตรวจสอบข้อมูลซ้ำได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ให้ทำการวิจัยได้ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัยและส่งหนังสือขอความร่วมมือจากบิดา มารดาหรือผู้ปกครองในการยินยอมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เข้าร่วมโครงการ โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณขอความร่วมมือจากครูในโรงเรียนสำหรับให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่สมัครใจให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม ส่วนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประสานกับผู้ให้ข้อมูลที่ยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในการนัดวันเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Clarke & Braun, 2013)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี (PBEC No009/2563) ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับ อธิบายสิทธิผู้ให้ข้อมูลว่าหากต้องการออกจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะออกจากการให้ข้อมูลได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับผู้ให้ข้อมูล การอภิปรายหรือการเผยแพร่ข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ที่เสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 64.42 มีอายุ 11 ปี และ 12 ปี เท่ากันคือร้อยละ 48.10 อยู่ในภาวะอ้วนร้อยละ 87.50 การศึกษาของผู้ปกครองอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.96 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 40.38 ผู้ปกครองมีรายได้พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร ร้อยละ 54.81 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และผู้ปกครอง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	64.42
หญิง	37	35.58
อายุ		
10 ปี	3	2.88
11 ปี	50	48.08
12 ปี	50	48.08
13 ปี	1	0.96
น้ำหนักตัว		
อ้วน	91	87.50
อ้วนมาก	13	12.50
การศึกษาของผู้ปกครอง		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.96
ประถมศึกษา	53	50.96
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	18.27
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19	18.27
อนุปริญญา/ปวส.	4	3.85
ปริญญาตรี	8	7.69

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และผู้ปกครอง(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
อาชีพของผู้ปกครอง		
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	30	28.85
รับจ้างทั่วไป	42	40.38
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	14	13.46
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	7.69
พนักงานบริษัทเอกชน	10	9.62
รายได้ของผู้ปกครอง		
พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร	57	54.81
พอเพียงแต่แทบไม่มีเงินเหลือเก็บ	23	22.12
ไม่พอเพียงและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง	21	20.19
ไม่พอเพียงและมีปัญหาภาระหนี้สิน	3	2.88

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 65.39 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ถูกต้องร้อยละ 51.92 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 50.96 ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.62 ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 49.04 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 63.46 และด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องอยู่ในระดับไม่ดีพอร้อยละ 40.38 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาพรวมและรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม		
ไม่เพียงพอ	68	65.39
เพียงพอ	34	32.69
มากเพียงพอ	2	1.92
ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ		
ไม่ถูกต้อง	54	51.92
ถูกต้องบ้าง	40	38.46
ถูกต้องที่สุด	10	9.62
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ		
ไม่ดีพอ	53	50.96
พอใช้ได้	39	37.50
ดีมาก	12	11.54
ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ		
ไม่ดีพอ	62	59.62
พอใช้ได้	33	31.73
ดีมาก	9	8.65

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาพรวมและรายด้าน(ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
การจัดการเงินไขทางสุขภาพตนเอง		
ไม่ดีพอ	51	49.04
พอใช้ได้	38	36.54
ดีมาก	15	14.42
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ		
ไม่ดีพอ	66	63.46
พอใช้ได้	27	25.96
ดีมาก	11	10.58
ด้านการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		
ไม่ดีพอ	42	40.38
พอใช้ได้	58	55.77
ดีมาก	4	3.85
พฤติกรรมกรรมการควบคุมภาชนะน้ำหนักเกิน		
ไม่ดีพอ	36	34.62
พอใช้ได้	66	63.46
ดีมาก	2	1.92

3. พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้ได้คิดเป็นร้อยละ 63.46 รองลงมา คือ ระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 34.62 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน

พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วน	จำนวน (n=104)	ร้อยละ
พฤติกรรมการควบคุมภาชนะน้ำหนักเกิน		
ไม่ดีพอ	36	34.62
พอใช้ได้	66	63.46
ดีมาก	2	1.92

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลักคือ 1) รับรู้ว่าอ้วนแล้วเสี่ยงพยายามหลีกเลี่ยงแต่ทำไม่ได้ 2) ความไม่สมดุลของการกินและการออกกำลังกาย และ 3) ขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

1. รับรู้ว่าอ้วนแล้วเสี่ยงพยายามหลีกเลี่ยงแต่ทำไม่ได้

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความเสี่ยงของภาวะอ้วน แต่ไม่สามารถระมัดระวังในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ยั่วยู่ในการกินอาหารฟาสต์ฟู้ดหรืออาหารที่ให้พลังงานสูง

1.1 รับรู้ความเสี่ยงจากภาวะอ้วน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้ว่าคนที่อ้วนมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งทางโรงเรียนก็ได้สอนนักเรียนให้ทราบถึงความเสี่ยงของภาวะอ้วน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ก็รู้ว่าคนที่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดัน...หัวใจ และไขมันในเลือดสูง”

(S-01-02)

“เด็ก ๆ ทราบเรื่องพิษภัยของภาวะอ้วนต่อสุขภาพเนื่องจากเราสอนในชั้นเรียนด้วยและเขาก็รับรู้ข้อมูลข่าวสารทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข และ จากสื่อต่าง ๆ เช่นโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น” (T-02-01)

1.2 พยายามสะกดใจแต่เลี้ยงสิ่งยั่วยุไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามที่จะควบคุมน้ำหนัก แต่ทนต่อสิ่งยั่วยุของอาหารไม่ได้ดังกล่าวต่อไป

“..พยายามที่จะลดน้ำหนัก แต่ก็เลี้ยงความน่ากินของอาหารและขนมที่ชอบไม่ได้ โดยเฉพาะพวกไก่ทอด ไส้กรอก..” (S-04-01)

2. ความไม่สมดุลของการรับประทานและการออกกำลังกาย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานส่วนเกินออกโดยจะเห็นได้จากการมีพฤติกรรมการสะสมอาหารและขนมที่ง่ายต่อการหยิบมารับประทาน นิสัยการบริโภคไม่ดีจากชอบรับประทานขนมจุบจิบ ชอบรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ไม่ชอบทานผักและผลไม้ และการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง

2.1 นิสัยการบริโภคไม่ดี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กที่อ้วนเกิดจากนิสัยการบริโภคที่ไม่ดี เช่น ชอบกินจุบจิบ ชอบรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ไม่ชอบทานผักและผลไม้ ดังกล่าวต่อไป

“..เท่าที่สังเกตเด็กที่อ้วนก็จะชอบทานพวกขนมจุบจิบ ในช่วงที่พักเบรก หรือทานหลังจากทานข้าวได้อีก” (T-03-02)

“...ตอนเย็นกว่าพ่อแม่จะมารับพวกเราหิวก็จะซื้ออาหารที่ขายอยู่แถว ๆ โรงเรียนที่สามารถกินได้ทันที เช่นพวก แฮมเบอร์เกอร์ สเต็ก แซนดวิช พาย พิซซ่า ไก่ทอด และไส้กรอก...รสชาติอร่อยดีก็เลยชอบกินอาหารพวกนี้” (S-05-01)

“ที่บ้านไม่ค่อยได้ทำอาหารที่มีส่วนประกอบของผัก.... เราก็กินมาตั้งแต่เด็ก ๆ เพราะรสชาติมันขม ...อีกอย่างถ้ากินพวกผัก ผลไม้มันไม่อยู่ท้องทำให้หิวบ่อย ...” (S-03-02)

2.2 สะสมอาหารและขนมที่ง่ายต่อการหยิบมารับประทาน ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการมีขนมอยู่ในกระเป๋าค่าทำให้หยิบขึ้นมากินได้ง่ายดังกล่าวต่อไป

“มีพวกขนมอยู่ในกระเป๋...เวลาหิวก็หยิบขึ้นมากินง่าย” (S-01-02)

2.3 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีพฤติกรรมนั่งอยู่กับที่ในการเล่นเกมส์ หรือดูทีวีพร้อมกับการรับประทานขนมทำให้ไม่ได้ออกกำลังกายดังกล่าวต่อไป

“ชอบเล่นเกมส์ ดูทีวี แล้วก็กินขนมไปด้วยบางทีก็เพลินที่ละหลาย ๆ ชั่วโมงไม่ได้ลุกไปไหน แม้แต่จะออกกำลังกาย” (S-02-01)

3. ขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ขาดการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน โดยจะเห็นได้จากการที่ไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการ และการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ

3.1 ไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เคยอ่านข้อมูลโภชนาการที่อยู่ในของอาหารหรือขนมสำเร็จรูป ดังกล่าวต่อไป

“เวลากินขนมหรืออาหารสำเร็จรูปไม่เคยอ่านข้อมูลโภชนาการที่อยู่บนซอง....ไม่รู้ว่าต้องแบ่งกิน...เราก็กินทีเดียวหมดซองเลย” (S-04-02)

3.2 มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุถึงการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินจากการที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือหรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตใช้ดังกล่าวต่อไปนี้

“..ไม่ได้เข้าไปค้นข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเนื่องจากไม่มีโทรศัพท์ที่เข้าอินเทอร์เน็ตได้ถ้ามา รร.ก็จะได้ใช้ในชั่วโมงเรียนหรือเวลาว่าง” (S-02-01)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 65.39 (68 คนจาก 104 คน) และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับไม่ดีพอ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยเรียนที่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (Sirikulchayanonta, 2015) เป็นช่วงที่เริ่มมีพัฒนาการด้านสติปัญญาในเรื่องของการคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal Operational Stage) ในช่วงอายุ 11-15 ปีที่เริ่มเรียนรู้โดยใช้เหตุผลมาอธิบาย มีการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์มากขึ้น (Crossland, 2016) อย่างไรก็ตามอาจจะเป็นข้อจำกัดในความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องน้อยกว่าระดับชั้นปีที่สูงขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลระบุถึงขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อควบคุมภาวะอ้วน โดยจะเห็นได้จากการที่ไม่เคยอ่านฉลากโภชนาการ และการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอาจจะไม่ได้ใส่ใจในพฤติกรรมสุขภาพเหมือนเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนในจังหวัดสระบุรีอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=45.55, SD.=5.76) โดยด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (Kittiboonthawa, Chernchum & Cheutong, 2023) และการศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรีที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนระดับประถมศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง (Kalpakdee et al., 2022) และการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในองค์ประกอบที่นักเรียนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับไม่ดี คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพร้อยละ 50.8 (Nongrak, 2021) นอกจากนี้ปัจจัยด้านเพศที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของเด็กวัยเรียน พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย 1.7 เท่า (Promsalee & Kanjanasing, 2023) และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนอายุ 10-14 ปี ของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ร้อยละ 38.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (โดยรวม) อยู่ในระดับดีมาก (Mean=56.5, SD.=6.5) (Punnawit & Thongthep, 2020) ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากเด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-2 จึงทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าเด็กระดับประถมศึกษา

2. พฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนโดยรวมอยู่ระดับพอใช้ได้ร้อยละ 63.46 ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากเด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ประกอบกับรายได้ของผู้ปกครองส่วนใหญ่ร้อยละ 54.81 มีรายได้พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บพอสมควร ทำให้มีอำนาจในการเลือกซื้ออาหารบริโภค นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการทำสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม ทำให้เด็กซึ่งอยู่ในวัยเรียนซึ่งเป็นวัยที่ต้องการแสวงหาการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เข้าถึงสื่อได้ง่ายแต่ยัง

ขาดการไตร่ตรองและรู้เท่าทันสื่อ ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วน (Sirikulchayanonta, 2015) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญพลังงานส่วนเกินออกโดยจะเห็นได้จากการมีพฤติกรรมการสะสมอาหารและขนมที่ง่ายต่อการหยิบมารับประทาน ชอบรับประทานขนมจุกจิก และการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง สอดคล้องกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2019) ที่พบว่าเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (อายุ 6-17 ปี) มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ประมาณร้อยละ 27 ส่วนระยะเวลาการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลากับกิจกรรมที่ใช้แรงน้อย ได้แก่ การดูโทรทัศน์ เล่นคอมพิวเตอร์ และการใช้อินเทอร์เน็ต เฉลี่ยวันละ 3.1 ชั่วโมง (Amornsriwatanakul et al., 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา เช่น จัดโปรแกรม/กิจกรรมเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะอ้วน
2. นำเสนอผลการวิจัยต่อโรงเรียนเพื่อกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนให้มีโภชนาการตามเกณฑ์ โดยเฉพาะมุ่งเน้นเรื่องการรับประทานอาหารและกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็กและบริบทของโรงเรียน

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพนักเรียนชั้นประถมศึกษาเพื่อควบคุมภาวะอ้วน
2. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการควบคุมภาวะอ้วนในเด็กวัยรุ่น

References

- Amornsriwatanakul, A. et al., (2016). *Thailand 2016 report card on physical activity for children and youth*. Nonthaburi: Green Apple Graphic Printing. (in Thai)
- Bureau of Nutrition, Department of Health, Ministry of Public Health. (1999). *Manual to using height and weight criteria for assessing the growth of Thai children*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand. (In Thai)
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crossland, J. (2016). Optimal learning in schools - theoretical evidence: Part 1 Piaget's theoretical background. *School Science Review*, 98(363), 115-122.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2019). *Survey of Health Literacy and Desired Health Behaviors in School-aged Children, 2019*. Nonthaburi: Department of Health Ministry of Public Health. (In Thai)

- Department of health, Ministry of Public Health. (2021). Retrieved October 20, 2022 from <https://hp.anamai.moph.go.th/th/ewt-news-php-nid-1532/193576>. (In Thai)
- Health education division. (2014). Retrieved March 12, 2024, from https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2563-F/IDC1_3/opdc_2563_IDC1-3_05.pdf (In Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2023). Retrieved December 30, 2023, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Kalpakdee, W., Kehanak, K., Srimaksuk, K., Srisodsakul, P. (2022). Health literacy about overnutrition in elementary school students under the municipal administration of Mueang District, Suphanburi Province. *Lanna Public Health Journal*, 18(1), 80-91. (In Thai)
- Kittiboonthawa P, Chernchum J, Cheutong S. (2023). Health literacy and health behaviors of School-aged children. *Journal of MCU Social Development*, 7(2): 71-84. (In Thai)
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., Lwanga, S.K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Retrieved September 2, 2022, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41607/0471925179_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Nongrak, J. (2021). Health behaviors and health literacy among school-aged children in the subdistrict model of integrated health promotion and environmental health, Health Region 5. Retrieved December 10, 2022, from https://hpc.go.th/rcenter/index.php?mode=viewrecord&mid=20210716183439_4557 (In Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2017). *Good health and well-being*. [Retrieved September 22, 2022, from http://nscr.nesdc.go.th/wpcontent/uploads/2021/12/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-13_%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0.pdf (In Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2021). *National Strategy 2021*. Retrieved September 12, 2022, from https://pub.nstda.or.th/gov-dx/wp-content/uploads/2021/09/T_000111.pdf (In Thai)

- Office of the National Economic and Social Development Council. (2023). *The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021)*. Retrieved August 2, 2022, from https://data.opendevlopmentmekong.net/dataset/edbdae42-0d8b-475f-ab9e-402fd34095f6/resource/221befc5-3058-402a-9d31-279ac5bba4ec/download/nesdp_12th_th_article_20170202134836.pdf (In Thai)
- Promsalee, S., & Kanjanasing, S. (2023). The factors related to health literacy of school-aged in health regional 6. Retrieved September 22, 2022, from http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2022-02-28-7-22-4473606.pdf (In Thai)
- Punnawit, C., & Thongthep, S. (2020). Health literacy and health behaviors according to national health recommendations among students aged 10-14 years old in Chaloem Phra Kiat district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, 5(1); 26-36. (In Thai)
- Sirikulchayanonta, C. (2015). *Obesity in school-aged children from practice to community*. 2nd ed. Bangkok: Best Graphic Press. (In Thai)
- Trongchitkarun, P. (2022). *Obesity in children*. Retrieved September 22, 2022, from <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/paediatic-knowledge/childhood-obesity/> (In Thai)
- W.H.O. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO Document Production Services.

ผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เปรมฤดี เฮนะเกษตร*

กลุ่มงานการพยาบาล, โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและประเมินระดับความดันโลหิตแล้ว พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอทและเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power จำนวน 30 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย คือ 1) โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ pair t-test และโดยใช้การทดสอบแบบ Independent t-test

ผลวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด อยู่ในระดับสูง (Mean=12.02) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean=4.00) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 3) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean=4.05) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 4) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับสูง (Mean=4.05) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: erpramrudee@gmail.com)

วันที่รับ 18 ม.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 11 มี.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 18 มี.ค. 2567

Effects of a health belief awareness program on stroke prevention behavior in hypertensive patients. Khiansa Hospital Suratthani Province

Pramrudee Hanakachet*

Nursing Group, Khiansa Hospital Suratthani Province

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of a health belief awareness program on stroke prevention behavior in patients with high blood pressure. Khian Sa Hospital Surat Thani Province. The sample group consisted of both male and female individuals aged between 35-59 years who had been diagnosed by a doctor as having high blood pressure and had their blood pressure level assessed. The systolic blood pressure (SBP) level is greater than or equal to 180 mmHg and/or the diastolic blood pressure (DBP) level is greater than or equal to 110. millimeters of mercury and received treatment at the accident and emergency department. Khiansa Hospital Suratthani Province. The sample size was calculated using the G*Power program for 30 people using a purposive random sample. The research tools are 1) Health Beliefs Awareness Program 2) Questionnaire. Data were analyzed using statistics, percentages, means, standard deviations and tested hypotheses using paired t-tests and independent t-tests at the statistical significance level of .05.

The results of the research found that 1) After the experiment, hypertensive patients in the experimental group Have an average score of knowledge about warning signs of vascular disease was at a high level (Mean=12.02), which was higher than the control group's average knowledge score on warning signs of vascular disease. It is at a moderate level (Mean=10.71) with statistical significance ($p<.05$). 2) After the experiment, hypertensive patients in the experimental group There was an average score of attitudes towards prevention of stroke. was at a high level (Mean=4.00), which was higher than the control group's mean score on stroke prevention attitudes. It is at a moderate level (Mean=3.67) with statistical significance ($p<.05$). 3) After the experiment, there was an average score for stroke prevention behaviors. was at a high level (Mean=4.05), which increased from before the experiment Statistically significant ($p<.05$) 4) After the experiment, hypertensive patients in the experimental group Have an average score of stroke prevention behaviors was at a high level (Mean=4.05), which was higher than the control group's mean score on stroke prevention attitudes. It is at a moderate level (Mean=3.61) with statistical significance ($p<.05$).

Keywords: Perception of Health Beliefs, Stroke Prevention, Hypertensive Patients

*Corresponding e-mail: erpramrudee@gmail.com

Received: January 18, 2024; Revised: March 11, 2024; Accepted: March 18, 2024

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease: Stroke) หรือโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ หนึ่งในโรคไม่ติดต่อที่เป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากการทำหน้าที่บกพร่องของระบบประสาทเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่งผลให้สมองทำงานบกพร่องและส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาทที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและความพิการขั้นรุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเกิดความผิดปกติด้านการพูดและการสื่อสารถึงร้อยละ 70 (Institute of Neurology, 2018) ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 30 (Institute of Neurology, 2018) แม้ผู้ป่วยจะสามารถรักษาตนเองจนหายแต่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 25 ในช่วง 5 ปีแรกที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้อีก (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) อีกทั้งผู้ป่วยกว่าร้อยละ 30-50 อาจเกิดภาวะซึมเศร้าอับอาย หดห้วงกับชีวิตไม่ยอมพบปะพูดคุยกับผู้อื่นหรือพยายามแยกตัวออกจากสังคม ตลอดจนการกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลและยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,629 บาทต่อราย (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) ส่วนผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ย 29,571 บาทต่อราย คิดเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อยคนละ 100,000 บาทต่อปี (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) โรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้ (Non-Modifiable Risk Factors) เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม เชื้อชาติ เป็นต้น (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) และปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ (Modifiable Risk Factors) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) จากรายงานสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปีพ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 40 (Institute of Neurology, Department of Medical Services, 2017)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2019) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกคนจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองไม่ให้เกินเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งภาวะที่มีความดันโลหิตสูงมากกว่าปกติเป็นระยะเวลานานจะเร่งให้ผนังหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองมีการหนาตัว หลอดเลือดแดงตีบแคบจนถึงขั้นอุดตันหรือแตก ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อระบบไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณสมองทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา (Hypertension Association of Thailand, 2019) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองถึง 7 เท่าของคนที่มีระดับความดันปกติ

จังหวัดสุราษฎร์ธานี อยู่ในเขตสุขภาพที่ 11 โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีพ.ศ. 2560-2564 พบมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ตั้งแต่ 42.9, 44.1, 43.8, 48.5 และ 45.1

ตามลำดับ (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2022) ซึ่งจังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้มีการขับเคลื่อนโครงการชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs และมีการขับเคลื่อนชุมชน ลดเค็ม ลดโรค ทั้งทั้งจังหวัดแต่ก็ยังพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น (Usaiphon, 2016) และจากสถิติโรงพยาบาลเคียนซา ปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 92 ราย ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ราย และปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 124 ราย ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 16 ราย ตามลำดับ (Khiansa Hospital, 2022) ปัญหาที่พบในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าการขาดความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (Phangnga, 2022) และอาการเตือน (Aneksak, 2019) การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยสามารถกระทำได้ 2 วิธี คือ การใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2017) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองตั้งแต่มีระดับความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มแรก นอกจากทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้แล้ว ยังช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40 (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, 2016) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker, 1974) ซึ่งเป็นปัจจัยเหตุสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจที่ช่วยปลุกเร้าให้ตนเองนั้นเกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง โดยการเอาใจใส่ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมาจากปัจจัยเสี่ยงเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (เพิ่มความเสี่ยง 3-17 เท่า) (Nuansalee, 2023) ภาวะเบาหวาน (เพิ่มความเสี่ยง 3 เท่า) (Nuansalee, 2023) การสูบบุหรี่ (เพิ่มความเสี่ยง 2 เท่า) (Nuansalee, 2023) ไขมันโคเลสเตอรอล (เพิ่มความเสี่ยง 1.5 เท่า) (Nuansalee, 2023) และผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณ (Nuansalee, 2023) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนแบบแผนการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายให้เพียงพออย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจำเป็นต้องมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Becker, 1974) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า ความเชื่อนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค คือ เมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ก็จะทำให้เกิดแรงผลักดันให้ปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงไม่ให้ตนเองเกิดโรค และบุคคลนั้นจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมได้มากขึ้นหากเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived Benefits) มากกว่าผลเสียหรือมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค (Perceived Barriers) อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานบุคลากรด้านสาธารณสุขใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่อโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่อื่นและ

ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่นได้

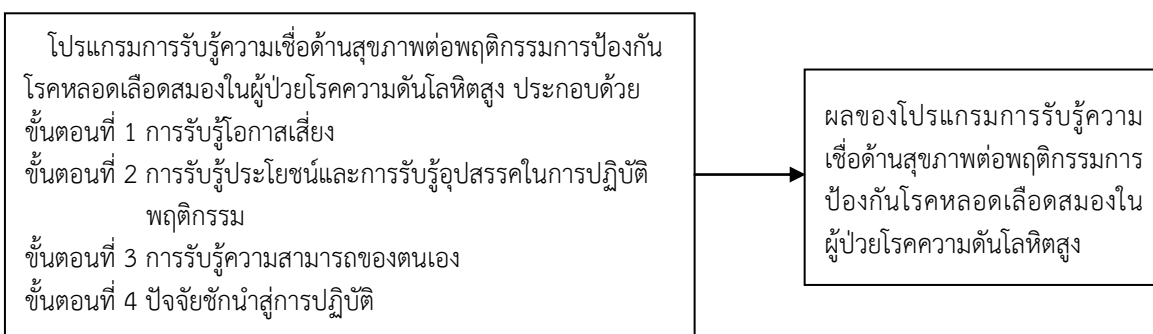
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



ภาพ กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยในรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนดใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 ครั้ง เก็บข้อมูลวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 35-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 159 คน (Khiansa Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 ร่วมกับค่าอิทธิพลผลงานวิจัย (Effect size) เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 มิลลิเมตรปรอท 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง อายุระหว่าง 35-59 ปี 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว 5) เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน เข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง 2) ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ขกเลิกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาศึกษาหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โปรแกรมภายหลัง 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการทำวิจัยหรือแพทย์พิจารณาให้หยุดการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม 3) ผู้วิจัยมีปัญหาสุขภาพหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 12 ครั้ง ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Perceived Severity) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อเดิมจากการเจ็บป่วยและตอบแบบสอบถามก่อนการทดลอง

กิจกรรมที่ 2 การบอกเล่าถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงที่เกิดขึ้น การให้ความรู้ตามโปรแกรมแจกคู่มือและชี้แจง การลงแบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ตามคำแนะนำ (Perceived Benefits) และการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barriers) มีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 บอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหา มีการให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องการตรวจสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ การนำเสนอเมนูเพื่อสุขภาพ สาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย สาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิค การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)

กิจกรรมที่ 5 สร้างปฏิสัมพันธ์แบบใกล้ชิดโดยการเยี่ยมบ้านและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ

กิจกรรมที่ 6 การตรวจวัดความดันโลหิต การให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผลการบันทึกพฤติกรรมตนเอง ร่วมกับสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไข มอบรางวัลและชมเชย ให้กำลังใจและตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยยึดหลักการตามแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาการป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคที่เกิดร่วม ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบให้เลือกตอบ คือ ถูก ผิด ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจำนวน 15 ข้อ โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทศนคติโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ตามความถี่ในการปฏิบัติ ดังนี้ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยมาก 3 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อย 1 หมายถึง มีความคิดเห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ลักษณะเครื่องมือแบบประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ตามความถี่ในการปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้เท่ากับ .825 ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม .79 ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้ค่าเท่ากับ .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อและนัดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเคียนซา เพื่อรับฟังการชี้แจงการดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยขออนุญาตเก็บแบบสอบถามในวันถัดไป

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2023-240 รับรองวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยคณะผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบ ถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือขอยุติการร่วมวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและคณะผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจะขอให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 55.40 ปี สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.7 ส่วนใหญ่สำเร็จศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.0 และ 73.3 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 53.3 ค่าความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 191/110-216/132 มิลลิเมตรปรอท เป็นโรคความดันโลหิตสูง อยู่ช่วงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 56.7 ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเฉลี่ย 7.40 ปี และปฏิเสธโรคที่เกิดร่วม ร้อยละ 86.7

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง (n=30)	9.40	1.71	12.02	1.75	-7.887	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	10.11	2.05	10.71	2.88	-1.313	.198

*p- value <.05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับคะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	9.40	1.71	10.45	2.06	-1.578	.119
หลังการทดลอง	12.02	1.75	10.71	2.88	2.321	.024*

*p- value <.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนทัศนคติ การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.47	.58	4.00	.61	-3.982	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	3.52	.46	3.67	.54	-1.304	.201

*p- value <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับคะแนนทัศนคติ การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	3.47	.58	3.52	.46	-.453	.652
หลังการทดลอง	4.00	.61	3.67	.54	2.365	.021*

*p- value <.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

4. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง (n=30)	3.50	.51	4.05	.46	-4.748	.000*
กลุ่มควบคุม (n=30)	3.47	.38	3.61	.36	-1.826	.077

*p- value <.05

จากตารางที่ 5 พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพฤติกรรม การป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	3.50	.51	3.47	.38	.264	.793
หลังการทดลอง	4.05	.46	3.61	.36	4.423	.000*

*p- value <.05

จากตาราง 6 พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือด อยู่ในระดับสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ngerndee (2021) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($p<.001$, <0.001 , $<.001$, <0.001 , $<.001$ และ .009 ตามลำดับ) และเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 การจัดโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Munfu (2022) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสรุปว่าโปรแกรมนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Singkharotai (2017) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phongpoompipat (2023) ได้ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่าระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและไม่มีแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamphilo (2016) ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระดับพอใช้ ร้อยละ 54.4 มี ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 57.0 และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.2 โดยไม่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง มีระดับปานกลางร้อยละ 6.8

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและไม่มีแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Carpenter, & Torsakulkaew (2020) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phongpoompipat(2023) ได้ศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมพลังปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยง Stroke ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า 1) หลัง

การทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่าระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเดิมและกลุ่มผู้รับบริการอื่นๆให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ
2. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้อาจติดตามเยี่ยมด้วยวิธีอื่นๆร่วมด้วย เช่น การส่งข้อความอีเมล โลก หรือการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคม เพื่อเป็นการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น โรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้

References

- Aneksak, W. (2019). Recognition of warning symptoms of stroke in patients with cardiovascular disease High Blood Pressure Sutthawet Hospital Maha Sarakham Province. *Community Public Health Journal*, 5(4), 27-37. (in Thai)
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-508.
- Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2016). *Annual report 2016*. Bangkok: Office of Printing Affairs of the War Veterans Organization under Royal Patronage. (in Thai)
- Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2017). *Manual for assessing the risk of birth. Ischemic heart disease and stroke (paresis, paralysis) for public health volunteers Village Health Volunteers (Village Health Volunteers)*. Printing Business Office. War Veterans Organization under His Majesty the King Royal patronage. (in Thai)

- Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2019). *Community approaches to reduce risk and disease do not Chronic contacts (CBI NCDs) of local government organizations*. Bangkok: Imotion Art Company Ltd. (in Thai)
- Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2022). *Annual Report 2022 NCDs*. Graphic Font and Design Publishing House. (in Thai)
- Carpenter, S, & Torsakulkaew, T. (2020). *Results of the promotion program Perceived health beliefs influence preventive behaviors*. Stroke and cognition Benefits of maintaining behavior in older adults. *Charoenkrung Hospital Journal*, 16(2), 42-60. (in Thai)
- Institute of Neurology. (2018). *Summary report on service system development. Health, non-chronic communicable diseases Cerebrovascular Disease (Stroke) Year 2018*. Institute of Neurology, Department of Doctor, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Hypertension Association of Thailand. (2019). *Guidelines for treating high blood pressure in medicine*. General practice 2019. Bangkok: Hua Nam Printing. Hypertension Association of Thailand. (in Thai)
- Khamphilo, N. (2016). *Knowledge, attitude, and risk behavior for disease. Cerebral artery of Patients with high blood pressure In Mae Tha Hospital, Mae Tha District, Lampang Province*. Thesis Master of Public Health Faculty of Public Health Thammasat University. (in Thai)
- Khiansa Hospital. (2023). *Information on patients with high blood pressure. and received treatment at the accident and emergency department Khiansa Hospital Surat Thani Province*. Khiansa Hospital. (in Thai)
- Munfu, S. (2022). Effects of the Stroke Prevention Program of high blood pressure patients. *Singburi Hospital Journal*, 31(1), 68-78.
- Nuansalee, P. (2023). *Nursing care of patients with ischemic stroke or blockage who receive intravenous thrombolytic drugs with complications of cerebral edema*. Urinary tract infections and associated diseases, high blood pressure, diabetes, high blood fat. Somdet Phayupparat Sa Kaeo Hospital. (in Thai)
- Ngerndee, K. (2021). *Effectiveness of the health belief model application program on Stroke prevention behavior of patients with high blood pressure, Mueang District, Province Phayao*. Thesis presented to the University of Phayao. Master of Public Health Degree Program University of Phayao. (in Thai)
- Phangnga, M. (2022). *The relationship between the duration of having high blood pressure and The occurrence of stroke in patients with high blood pressure In Yang Talat District Kalasin Province*. *Community Public Health Journal*, 8(2), 42-52. (in Thai)

- Phongpoompipat, T. (2023). *Effectiveness of the empowerment and change program Reduce the risk of stroke that affects stroke prevention behavior in patients with high blood pressure*. High blood count, Tak Fa District, Nakhon Sawan Province. *Northern Journal of Science and Technology*, 1(4), 92-114. (in Thai)
- Singkarotai, A. (2017). Results of using the health promotion program of People at risk for high blood pressure by applying health belief patterns Khao Phanom Subdistrict, Khao Phanom District, Krabi Province. *Community Health Development, Journal Khon Kaen University*, 5(2), 259-279. (in Thai)
- Usaiphon, N. (2016). *Development of a rehabilitation service system for sick patient Cerebral artery Surat Thani Province*. *Regional Medical Journal* 11, 30(1), 85-93. (in Thai)

โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ศิริรัตน์ วงศ์ประไพ*

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมเพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จำนวน 70 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถามข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านการตรวจความตรงทางเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .795 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติแบบสัมพันธ์ (pair t -test) และการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม อยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 2) หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) 3) หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 170.37 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 179.51 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง, เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sirorat_Lek@hotmail.com)

วันที่รับ 29 ม.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 13 มี.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 18 มี.ค. 2567

Self-efficacy program in using telehealth technology (Telemedicine) to follow up and treat symptoms Diabetics Chronic Disease Clinic Khian sa Hospital, Surat thani Province

Sirorat Wongprapai*

Nursing Group, Khian Sa Hospital Surat Thani Province

Abstract

The purpose of this research was to study the results of the self-efficacy program in using telemedicine technology. To follow up and treat symptoms Diabetics Chronic Disease Clinic Khiansa Hospital The sample group is diabetic patients. In the chronic disease clinic Khiansa Hospital, 70 people. The instrument used in the study consisted of 2 parts. 1) The experimental tool is a program to recognize self-efficacy in using telemedicine technology. (Telemedicine) to follow up and treat symptoms Diabetics Chronic Disease Clinic Khiansa Hospital Surat Thani Province. 2) The data collection tool is a questionnaire consisting of personal information. Questionnaire regarding the use of telemedicine technology Questionnaire on self-care behavior of diabetic patients Blood sugar level information questionnaire. Passed the content validity check. by 3 experts and checked the reliability of the instrument. By finding Cronbach's alpha coefficient equal to 0.795, data were analyzed with statistics, percentage, mean, standard deviation and hypothesis testing using pair t -test statistics and using independent t-test.

The results of the research found that 1) After the experiment, diabetic patients in the experimental group had an average score of self-efficacy in using telemedicine technology. was at the highest level, which was higher than the control group's average score of self-efficacy in using telemedicine technology. Is at a moderate level Statistically significant ($p < .05$). 2) After the experiment, diabetic patients in the experimental group had an average score of self-care behavior at a high level. Which was higher than the control group who had an average score of self-care behavior. Is at a moderate level Statistically significant ($p < .05$). 3) After the experiment, diabetic patients in the experimental group had an average blood sugar level of 170.37 milligrams percent. Which was lower than the control group, which had an average blood sugar level of 179.51 milligrams percent. Statistically significant ($p < .05$)

Keywords: Self-efficacy, Telemedicine Technology, Diabetes patients

*Corresponding e-mail: sirorat_Lek@hotmail.com

Received: January 29, 2024; Revised: March 13, 2024; Accepted: March 18, 2024

บทนำ

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีการสื่อสารและโทรคมนาคมที่นับวันยิ่งจะทำให้ระบบต่างๆ พัฒนาก้าวหน้าและรวดเร็วมากขึ้น ในยุคของการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว เทคโนโลยีด้านการสื่อสารได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของมนุษย์และถูกนำไปช่วยส่งเสริมพัฒนาทางการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ รวมไปถึงทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เป็นการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลนี้ว่า การแพทย์ทางไกลหรือระบบโทรเวชกรรม (Bangkok Health Research Center, 2023) ซึ่งปัจจุบันหลายโรงพยาบาลในประเทศไทยได้เริ่มนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ช่วยอำนวยความสะดวกเพื่อการประเมิน ดูแลรักษาผู้ป่วยและให้คำแนะนำวิธีการดูแลแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมถึงการติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกล ข้อดีของระบบโทรเวชกรรม คือ เหมาะกับคนไข้เก่ากลุ่ม Follow Up และกลุ่มการจ่ายยาซ้ำกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Refill) ยาที่อาการไม่หนักและมีประวัติรักษาอยู่แล้ว สามารถใช้ช่องทางระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ได้ เพราะเป็นการสื่อสาร 2 ทาง (SCB TV, 2563) โดยโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่มีภารกิจในการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการที่ครอบคลุมใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีเป้าหมายของการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยและควบคู่กับกับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด มีระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การบริการงานเชิงรุกเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยปฐมภูมิส่วนงานบริการเชิงรับจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของงานบริการผู้ป่วยใน เป็นการรับบริการผู้ป่วยเพื่อนอนในโรงพยาบาลและอีกส่วนคืองานบริการแผนกผู้ป่วยนอก เป็นบริการรักษาแบบไปกลับ ให้บริการในคลินิกดังต่อไปนี้ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการ มีทั้งได้รับการนัดหมายล่วงหน้าจากสถิติจำนวนผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลเคียนซา ย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้มาใช้บริการเฉลี่ยต่อวัน ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 157 คนต่อวัน, ปี พ.ศ.2564 จำนวน 136 คนต่อวัน และ ปี พ.ศ.2565 จำนวน 166 คนต่อวัน (Khiansa Hospital, 2023)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตนและทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี มาประยุกต์ใช้ในศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการให้บริการระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อติดตามรักษาอาการคลินิกโรคเรื้อรังและนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนปรับเปลี่ยนวิธีการให้คำแนะนำในการใช้ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสร้างแรงจูงใจเพื่อดึงดูดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้มีการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพราะวาระบบดังกล่าวสามารถที่จะปรึกษาทีมสหวิชาชีพได้ตลอดสามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด มีกำลังใจและสามารถอยู่ร่วมกับโรคเบาหวานได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นสุขได้

คำถามการวิจัย

ผลการใช้โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

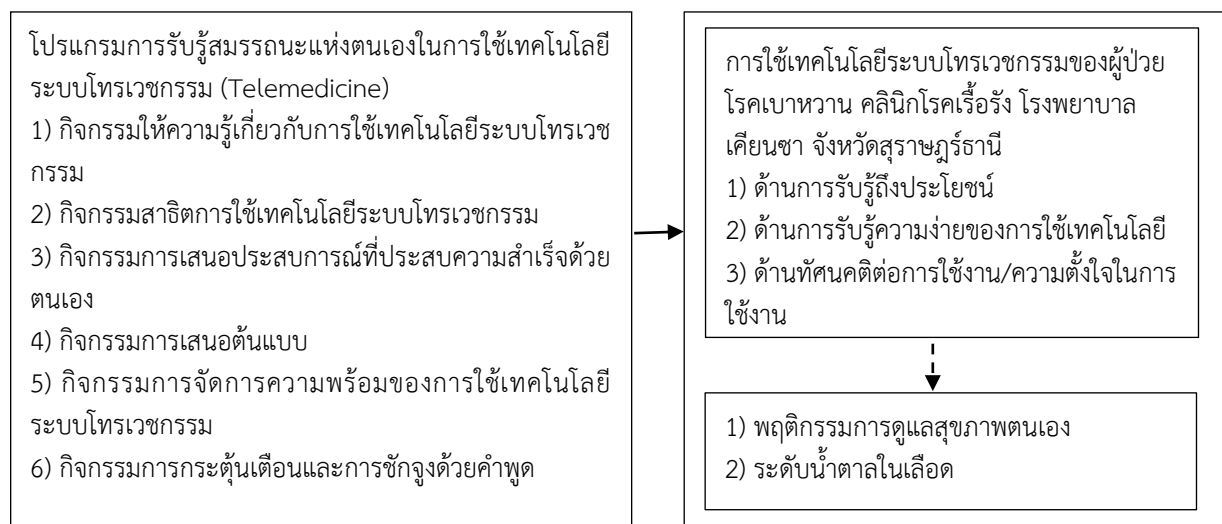
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีการรับรู้การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งานดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีการรับรู้การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี และทัศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งานดีกว่ากลุ่มควบคุม
5. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม
6. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผลโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1986) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ดังแสดงไว้ในภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนดใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 2,508 คน (Khiansa Hospital, 2023)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power ใช้ Statistical Test แบบ Means: Difference Between Two Independent Means (Two Groups) วิเคราะห์และคำนวณ Effect Size กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 70 ราย มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและรับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำ 8 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 160 mg/d ขึ้นไป สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์กำหนด รวมทั้งคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่สุดกลุ่มละ 35 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มจากการจับสลาก ถ้าได้เลขคู่เข้ากลุ่มทดลองแต่ถ้าได้เลขคี่เข้ากลุ่มควบคุม

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนกับคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี และมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารและน้ำ 6 ชั่วโมงและมีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ 3) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้โทรศัพท์มือถือได้ 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ผู้ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ ตลอดการดำเนินการ 2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งข้อมูลนี้ได้จากการซักประวัติและการตรวจสุขภาพทั่วไป

เกณฑ์ให้ยกเลิกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาศึกษาหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โปรแกรมภายหลัง 2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการทำวิจัยหรือแพทย์พิจารณาให้หยุดการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรม 3) ผู้วิจัยมีปัญหาสุขภาพหรือเสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- 1) เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด (Dextrostix - DTX)
- 2) แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะของชุมชน ภูมิลำเนาที่อาศัยอยู่ ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลที่รับการตรวจรักษาเป็นประจำ สมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน ความถี่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ที่พักอาศัยมีการติดตั้งอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต ใช้งานผ่านการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (Conference) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ประสบการณ์ในการใช้บริการเทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ลักษณะคำตอบแบบสำรวจรายการ มีข้อความทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ถึงประโยชน์ โดยรูปแบบของคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ (Likert, 1967) 2) การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี โดยรูปแบบของคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ 3) ทศนคติต่อการใช้งาน/ความตั้งใจในการใช้งานโดยรูปแบบของคำถามเป็นคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ให้ประเมินตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยมากที่สุดหรือเป็นประจำ 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมน้อยมาก 3 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นน้อย หรือนานๆ ครั้ง 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

ส่วนที่ 4 ข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด ลักษณะคำตอบเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยทำขึ้นเพื่อใช้ประกอบโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 23 ธันวาคม 2566

1) การจัดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม ในประเด็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษา โดยการใช้วิดีโอแนะนำ ซึ่งนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยชายและหญิงที่ประสบความสำเร็จในการการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษา พร้อมแจกแผ่นพับเรื่องโรคเบาหวาน และแจกคู่มือเรื่องการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาให้อ่าน หลังจากนั้น สาสิตการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วย โดยช่วงระหว่างวันที่ 11-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสาธิตการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยช่วงระหว่างวันที่ 19-25 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการเสนอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยช่วงระหว่างวันที่ 26-30 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการได้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ โดยช่วงระหว่างวันที่ 3-9 ธันวาคม พ.ศ.2566

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการจัดการความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การสื่อสารแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ ในประเด็น การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ความง่ายของการใช้เทคโนโลยี เพื่อติดตามรักษาอาการรวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการใช้วิดีโอและแบ่งกลุ่มเล็กๆ อภิปรายผลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการและผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ โดยช่วงระหว่างวันที่ 10-16 ธันวาคม พ.ศ.2566

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนและชักจูงด้วยคำพูด ให้คำปรึกษารายบุคคลโดยการเสริมสร้างให้กำลังใจ พูดคุย การซักถามปัญหาและอุปสรรคในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้โทรศัพท์ถึงผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยมีกำหนดการติดตามต่อเนื่องจนครบ 1 เดือน ซึ่งมีแผนติดตามอย่างน้อยที่สุด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในประเด็นการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาทางโทรศัพท์ประมาณ 5-15 นาที ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วม โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมเพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีแต่ละคน ระหว่างวันที่ 17-23 ธันวาคม พ.ศ.2566

2) สื่อประกอบการวิจัย ได้แก่ วิดีทัศน์ งานนำเสนอผ่านสไลด์ และตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในเรื่องในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมแจกคู่มือเรื่องในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรม โดยช่วงระหว่างวันที่ 11-18 พฤศจิกายน พ.ศ.2566

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีและเครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ 1) นางสุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 2) นางสาววรรณภรณ์ อินนิมิตร การพยาบาลผู้ใหญ่ 3) นายแพทย์ศุภชัย จันทร์ธมยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพิจารณาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเคียนซา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อและนัดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่ในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานีเพื่อรับฟังการชี้แจงการดำเนินการวิจัย ระหว่างวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ถึง 23 ธันวาคม พ.ศ.2566 และขออนุญาตเก็บแบบสอบถามในวันถัดไป

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2023-249 วันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยคณะผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบ ถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือขอยุติการร่วมวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมจะขอให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 46-55 ปี (SD.=11.98) ร้อยละ 31.40 อายุเฉลี่ย 54.08 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 74.30 ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 68.60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.60 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.70 ลักษณะของชุมชนภูมิลาเนาที่อาศัยอยู่ในชนบท ร้อยละ 71.40 ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลที่รับการตรวจรักษาเป็นประจำ อยู่ช่วงระหว่าง 2-10 กิโลเมตร (SD. = 7.44) ร้อยละ 42.90 ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลเฉลี่ย 13.97 กิโลเมตร จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3-5 คน ร้อยละ 45.70 ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 45.70 ที่พักอาศัยไม่มีการติดตั้งอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 45.70 ใช้งานโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ต ไม่ได้ ร้อยละ 45.70 เคยใช้ ใช้งานผ่านการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (Conference) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 71.40 ประสบการณ์ในการใช้บริการเทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมยังไม่เคยใช้บริการและไม่ทราบว่ามีการบริการระบบโทรเวชกรรม ร้อยละ 100.00 และลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.90 มีอายุอยู่ช่วงระหว่าง 46-55 ปี (SD.=11.05) ร้อยละ 37.10 อายุเฉลี่ย 55.00 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 68.60

ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 71.40 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 45.70 ลักษณะของชุมชนภูมิลำเนาที่อาศัยอยู่ในชนบท ร้อยละ 65.70 ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลที่รับการตรวจรักษาเป็นประจำ อยู่ช่วงระหว่าง 2-10 กิโลเมตร ร้อยละ 42.90 ระยะทางจากบ้านไปโรงพยาบาลเฉลี่ย 14.17 กิโลเมตร (SD.= 7.48) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 3–5 คน ร้อยละ 42.90 ความถี่ในการเข้ารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาล 1 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 42.90 ที่พักอาศัยไม่มีการติดตั้งอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 42.90 ใช้งานโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ได้ ร้อยละ 42.90 เคยใช้งานผ่านการประชุมทางไกลผ่านทางจอภาพ (Conference) ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ 65.70 ประสบการณ์ในการใช้บริการเทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ยังไม่เคยใช้บริการและไม่ทราบว่ามีการบริการระบบโทรเวชกรรม ร้อยละ 100.00

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=35)		หลังการทดลอง (n=35)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	3.13	.49	4.45	.58	-9.731	<.01*
กลุ่มควบคุม	3.22	.56	3.09	.46	1.063	.30

*p- value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมหลังการทดลอง (Mean=3.09) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	3.13	.49	3.22	.58	-.676	.50
หลังการทดลอง	4.45	.58	3.09	.46	1.742	<.01*

*p- value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=35)		หลังการทดลอง(n=35)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
กลุ่มทดลอง	3.10	.46	3.72	.63	-5.567	<.01*
กลุ่มควบคุม	3.06	.49	3.01	.50	.920	.36

*p- value < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังการทดลอง (Mean=3.09) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	3.10	.46	3.06	.49	.064	.20
หลังการทดลอง	3.72	.63	3.01	.50	-1.304	<.01*

*p- value < .05

จากตาราง 4 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t	p- value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ก่อนการทดลอง	185.91	13.08	185.14	15.24	.227	.80
หลังการทดลอง	170.37	9.80	179.51	24.41	2.056	<.01*

*p- value < .05

จากตาราง 5 พบว่า หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 170.37 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 179.51 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบการศึกษา ดังนี้ โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่มีการกิจในการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ และได้ถึงความสำคัญในการให้บริการประชาชนที่มาใช้บริการที่ครอบคลุมใน 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีเป้าหมายของการให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความปลอดภัยและควบคู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด มีระบบบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ การบริการงานเชิงรุกเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยปฐมภูมิส่วนงานบริการเชิงรับจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของงานบริการผู้ป่วยในเป็นการรับบริการผู้ป่วยเพื่อนอนในโรงพยาบาลและอีกส่วนคืองานบริการแผนกผู้ป่วยนอก เป็นบริการรักษาแบบไป-กลับ ให้บริการในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีทั้งได้รับการนัดหมายล่วงหน้า โดยโรงพยาบาลเคียนซาได้ประยุกต์ใช้ระบบโทรเวชกรรมในการบริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการโดยพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมและไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ส่วนหลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม อยู่ในระดับมากที่สุดซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanichdee (2023) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการศึกษาด้านการรับรู้ พบว่าคะแนนการรับรู้ทางด้านเทคโนโลยีและการรับรู้ประโยชน์ในการใช้งานระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองส่วนผลการประเมินด้านทักษะการใช้โปรแกรม พบว่าคะแนนทักษะการใช้โปรแกรมบริการแพทย์ทางไกลทั้งสองโปรแกรมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและผู้รับบริการมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบบริการแพทย์ทางไกลคลินิกเฉพาะโรค โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในระดับมากที่สุด

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laoprasit (2023) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย ผลการศึกษาการใช้รูปแบบที่พัฒนาพบว่าหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ ได้ร้อยละ 35.0 และเมื่อเปรียบเทียบการใช้รูปแบบที่พัฒนากับการใช้รูปแบบเดิม หลังการทดลอง

พบว่า การใช้รูปแบบที่พัฒนาทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการใช้รูปแบบเดิมและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้ ผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนานี้ มีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 95.0 สรุปได้ว่ารูปแบบโทรเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 185.91 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 185.14 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลองผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 170.37 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 179.51 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laoprasit (2023) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย ผลการศึกษาการใช้รูปแบบที่พัฒนา พบว่า หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ได้ร้อยละ 35.0 และเมื่อเปรียบเทียบการใช้รูปแบบที่พัฒนากับการใช้รูปแบบเดิม หลังการทดลองพบว่า การใช้รูปแบบที่พัฒนาทำให้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ดีกว่าการใช้รูปแบบเดิมและระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้ ผู้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนามีความพึงพอใจมากถึงร้อยละ 95.0 สรุปได้ว่ารูปแบบโทรเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiriyapong (2021) ได้ศึกษาเรื่อง การใช้โทรเวชกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการใช้โทรเวชกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิเคราะห์อภิमानพบว่า การใช้โทรเวชกรรมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งค่าน้ำตาลสะสมในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ได้ดีกว่าการรักษาแบบปกติและสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานได้ แต่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานได้ในส่วนของสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมตามปัญหาของผู้ป่วยและพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในการใช้เทคโนโลยีระบบโทรเวชกรรม เพื่อติดตามรักษาอาการ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในระยะยาวด้วย เช่น ติดตามพฤติกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วย เบาหวาน เป็นเวลา 6 เดือน 9 เดือนหรือ 12 เดือนขึ้นไป เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วย และนำมาปรับปรุงโปรแกรมฯ นำไปใช้กับผู้ป่วยต่อไป

Reference

- Bangkok Health Research Center. (2023). *Telemedicine (Telemedicine) in the 21st century*. Bangkok Health Research Center.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Khian Sa Hospital. (2023). *Report on the situation of diabetes patients in 2023*. Surat Thani: Khiansa Hospital Suratthani Province.
- Laoprasit, P. (2023). *Development of a care-model for diabetic patients Unable to control blood sugar levels in community hospitals and networks*. *Medical journal District 11*, 37(1), 29-45. (in Thai)
- Likert, R. (1967). *The Method of Constructing and Attitude Scale*. Attitude Theory and Measurement. Fishbein, Martin, Ed. New York: Wiley & Son.
- Phanichdee, N. (2023, May-August). *Development of a specialized telemedicine clinic service system Disease (Telemedicine) Kalasin Hospital*. *Nursing academic journal and Health sciences*, 3(2), 127-142. (in Thai)
- SCB TV. (2020). "Health is WEALTH The Series" Episode 4. How does medical technology change the perspective of health care? By Dr. Kawirat Tantiwong. Retrieved October 20, 2023. from <https://www.scb.co.th/th/personal-banking/stories/protect-my-family/telemedicine.html>
- Wiriyapong, P. (2021t). *Using telemedicine to support diabetes care*. Type 2. *Medical and health science journals*, 28(2), 165-177. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี¹, อัจริยา วัชรวิวัฒน์²

¹โรงพยาบาลดอนสัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกกับระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 222 คน คำนวณโดยสูตรยามาเน เครื่องมือที่ใช้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยด้านคลินิก และแบบบันทึกระดับอาการแสดงของโรค ผ่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง .66-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสักอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\text{Mean}=2.32, \text{SD}=.75$) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกสามารถรวมทำนายอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 31.5 ($R^2=0.315, F=13.78$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และเมื่อพิจารณาตัวแปรย่อยปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าตัวแปรย่อยที่มีอิทธิพลต่ออาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($\beta=.40, t=5.68, p<.01$) อายุ ($\beta=.29, t=3.72, p<.01$) การได้รับวัคซีน Covid-19 ($\beta=-.22, t=-3.36, p<.01$) และจำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta=.16, t=2.23, p<.01$) ส่วนตัวแปรย่อยปัจจัยด้านคลินิกพบว่าระดับน้ำตาลสะสมมีอิทธิพลต่ออาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta=.29, t=3.72, p<.01$) ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลกับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ ดัชนีมวลกายของผู้ป่วย อายุ ระดับน้ำตาลสะสม การได้รับวัคซีน Covid-19 และจำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาสร้างแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อไม่ให้อาการแสดงที่รุนแรงมากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, ระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ood_nit@hotmail.com)

วันที่รับ 23 ม.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 25 ก.พ. 2567, วันที่ตอบรับ 4 มี.ค. 2567

The Influencing Factors with Symptom Level of Coronavirus Disease 2019 Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients In Donsak Hospital Suratthani Province

Nitaya Thanonsaksri¹, Atchariya Watcharawiwat²

¹Donsak Hospital, Suratthani Provincial Health Office,

²Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Praboromarajchanok Institute

Abstract

The objective of research was studied the influence of personal and clinical factors on the level of symptoms of coronavirus disease 2019 in patients with type 2 diabetes. This is a retrospective analytic study. The sample group is type 2 Diabetes Mellitus patients with infected COVID-19. There were 222 sample size by calculated with the Taro Yamane formula. The tools used are divided into 3 parts: personal information record form, clinical factor data recording form and a recording the level of disease symptoms form. The instrument Passed the content validity by 3 experts and received an IOC value of 0.66-1.00. Data were analyzed using descriptive statistics. and statistical analysis of stepwise multiple regression equations.

The results found that the level of symptoms of coronavirus disease 2019 in patients with type 2 diabetes at Donsak Hospital are mild level (Mean=2.32, SD.= .75). Personal factors and clinical factors were able to predict 31.5% of the symptoms of coronavirus disease 2019 in patients with type 2 diabetes ($R^2=0.315$, $F=13.78$) was significance ($p<.01$). And when considering personal factor sub-variables, it was found that sub-variables that influence the symptoms of coronavirus disease 2019 in patients with type 2 diabetes include body mass index ($\beta= .40$, $t=5.68$, $p<.01$), age. ($\beta= .29$, $t=3.72$, $p<.01$), receipt of Covid-19 vaccine ($\beta= -.22$, $t=-3.36$, $p<.01$) and number of years living with type 2 diabetes ($\beta= .16$, $t=2.23$, $p<.01$)

Keywords: Factors Influencing, Levels of Symptoms of Coronavirus disease 2019, Diabetes Mellitus

*Corresponding e-mail: ood_nit@hotmail.com

Received: January 23, 2024; Revised: February 25, 2024; Accepted: March 4, 2024

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ติดเชื้อไวรัสชนิดใหม่ในกลุ่มโคโรนา (Coronavirus) ซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการระบาดและเป็นภาวะฉุกเฉินของโลกรวมถึงยังไม่มียารักษาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งเชื่อกันสามารถติดต่อได้ในทุกกลุ่มอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 จะไม่แสดงอาการหรือมีอาการคล้ายไข้หวัดเพียงเล็กน้อยซึ่งผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาตามอาการได้โดยไม่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาล จากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหอบหืด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ง่ายและอาจมีอาการรุนแรงกว่าคนทั่วไปจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะเป็นตัวแปรผกผันกับความรุนแรงของโรค และด้วยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ต่ำลงทำให้ยากต่อการต่อสู้กับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเชื่อยังเจริญเติบโตได้ดีในสภาพที่มีน้ำตาลในเลือดสูง (International Diabetes Federation, 2021) นอกจากโรคเบาหวานจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 แล้ว ยังส่งผลให้อาการแสดงของโรคมีความรุนแรง จนต้องนอนรักษาตัวและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอื่น 2-3 เท่า (Faghir-Gangi, Moameri, Abdolmohamadi, & Nematollahi, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า นอกจากภาวะสูงอายุแล้ว ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย จะมีอาการแสดงที่รุนแรงและมีความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มียโรคร่วมด้วย โดยโรคที่พบร่วมซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ นอกจากนั้นโรคชนิดอื่น เช่นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วน โรคเมะเร็ง และโรคปอด ล้วนมีผลส่งเสริมให้อาการแสดงจากโรค COVID-19 รุนแรงขึ้น และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น (Chee, Tan, Yeoh, 2020; Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, & Djalali, 2021)

จากรายงานสถานการณ์โรคไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลดอนสัก เดือนพฤษภาคม 2564-พฤษภาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5,619 คน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด) จำนวน 1,707 คน คิดเป็นร้อยละ 30.37 และเมื่อจำแนกตามโรคพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.75 (781 คน) รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 26.30 (449 คน) และยังพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการปอดติดเชื้อจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 33 ต้องรับไว้รักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 61.48 (Medical Data, Donsak Hospital, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากจำนวนงานวิจัย 14 เรื่อง ศึกษาในประชากรผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า อายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เพศชายเป็นโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ/โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, & Djalali, 2021) สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา ในระดับโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 2 เรื่อง (Pankluab, 2022; Saowalak, Suwaree, & Orrapin, 2022) ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนในกลุ่มประชากรโรคเบาหวานพบงานวิจัย 1 เรื่อง ที่

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (Wongwichit, 2023) พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประวัติการได้รับวัคซีน Covid-19 และประวัติโรคร่วม ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต มีความสัมพันธ์กับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่ทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลดอนสักส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ และมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก./ตร.ม. ถึงร้อยละ 69.22 ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำปัจจัยที่ค้นพบจากงานวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อและลดระดับความรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

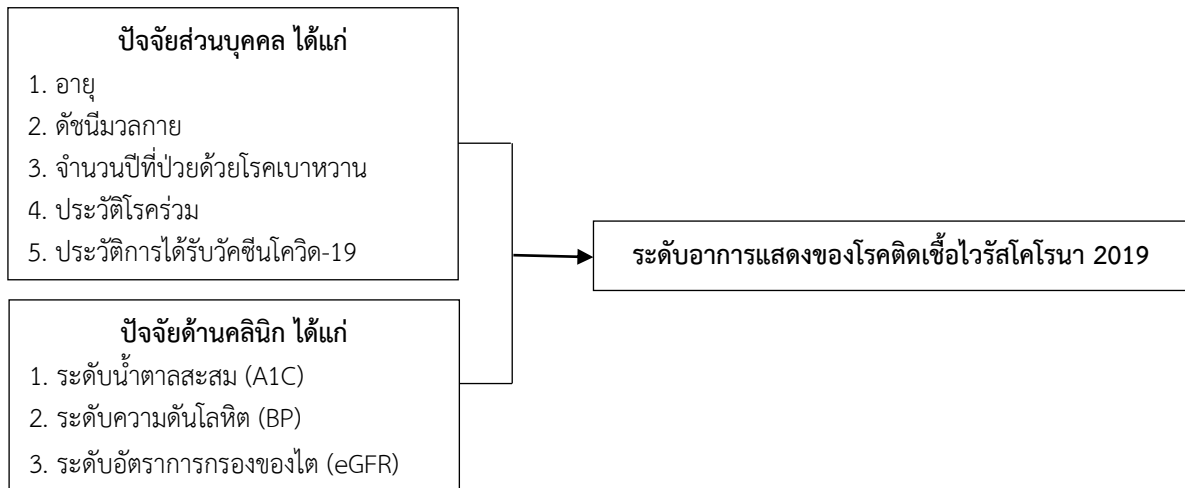
1. เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกกับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาสมการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลกับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐาน

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประวัติโรคร่วม และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 มีอิทธิพลกับระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต และระดับอัตราการกรองของไต มีอิทธิพลกับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้จากการสังเคราะห์การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่การมีโรคประจำตัวโรคเบาหวาน อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประวัติการได้รับวัคซีน Covid-19 และการมีประวัติโรคร่วมระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต และอัตราการกรองของไต (Wongwichit, 2023) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้



ภาพ แสดงกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Analytic Study) ใช้วิธีการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564-พฤษภาคม 2565 จำนวน 449 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างของ Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง 222 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีจับสลากแบบไม่คืนที่หากสุ่มได้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์ สุ่มตัวอย่างใหม่จนครบตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยนอกที่แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีรหัสโรค ICD10 U071(ติดเชื้อไวรัส โคโรนาแบบไม่มีอาการ)และ U072 (ติดเชื้อไวรัสโคโรนาแบบมีอาการ)ร่วมกับ ICD10 E110-E149 (เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งมีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อน)
2. เป็นผู้ป่วยมีการลงทะเบียนเข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลดอนสักเป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ขึ้นไป
3. เวชระเบียนผู้ป่วยนอกต้องมีความสมบูรณ์ของข้อมูลมากกว่าร้อยละ 80

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคเบาหวานชนิดที่2
2. ผู้ป่วยที่มีเลขที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital number; HN) แต่ไม่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานต่อเนื่องที่โรงพยาบาลดอนสัก
3. เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกเวชระเบียน และแบบรายงานการสอบสวนโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติและการทำวิจัย โดยแบ่งเครื่องมือเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประวัติโรคร่วม และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต และระดับอัตราการกรองของไต

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 ไม่มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยที่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ไม่มีอาการแสดงใดๆ

ระดับ 2 มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วมีอาการดังต่อไปนี้ ไข้ ไอ มีน้ำมูก/คัดจมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส เจ็บคอ มีเสมหะถ่ายเหลว ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดศีรษะ คลื่นไส้/อาเจียน ท้องเสีย อ่อนเพลีย มีผื่นขึ้นและผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

ระดับ 3 มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วมีอาการและร่วมกับผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอดอีกเสบเล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ออกซิเจน

ระดับ 4 มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วมีอาการและร่วมกับผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอดอีกเสบที่มี hypoxia (Resting O₂ saturation $\leq 94\%$ ปอดอีกเสบรุนแรง ไม่เกิน 10 วัน หลังจากมีอาการและได้รับออกซิเจน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาด้วยการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา(Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ .66-1.00 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังโครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหัวหน้างานเวชระเบียนโรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ดำเนินการสืบค้นเวชระเบียนที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 222 เวชระเบียน
3. บันทึกข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนลงในแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
4. ตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ และครบถ้วนของข้อมูล

5. ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566
6. นำข้อมูลบันทึกต่อในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิก และระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) วิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวจะไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเพื่อป้องกันปัญหาความสัมพันธ์ภายในของตัวแปรพยากรณ์ (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่าความคงทนของการยอมรับ (Tolerance) มีค่าไม่น้อยกว่า 0.10 ค่าปัจจัยการขยายตัวของความแปรปรวน (VIF) มีค่าที่น้อยกว่า 10

จริยธรรมวิจัย

ได้รับจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี เลขที่ 2023/11 อนุมัติวันที่ 24 พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.28 ปี อายุมากที่สุดคือ 93 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 26 ปี (Mean=62.28, SD.=13.21, Min=26, Max=93) กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.17 kg/m² ดัชนีมวลกายมากที่สุดคือ 57.01 kg/m² ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 16.40 kg/m² (Mean=27.17, SD.=6.40, Min=16.40, Max=57.01) และเมื่อจำแนกกลุ่มดัชนีมวลกายพบว่าส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนคือ 25-29.9 kg/m² ร้อยละ 38.70 รองลงมาดัชนีมวลกายอ้วนอันตราย ≥ 30 kg/m² ร้อยละ 25.70 จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 35.10 รองลงมา มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 34.80 และน้อยที่สุดจำนวน 6-10 ปี ส่วนใหญ่มีประวัติโรคร่วมร้อยละ 91.00 และมีประวัติการได้รับวัคซีนร้อยละ 77.50
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมอยู่ในช่วง 7.1-9 % ร้อยละ 40.8 รองลงมา มากกว่า 9 % ร้อยละ 30.1 และน้อยกว่า 7 % ร้อยละ 29.1 ส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 90.6 รองลงมาอยู่ในช่วง 141/91-160/100 mmHg และอยู่ในช่วงมากกว่า 160/100 mmHg ร้อยละ 0.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 mL/min/1.73 m² ร้อยละ 82.3 รองลงมา 30-50 mL/min/1.73 m² ร้อยละ 10.0 และน้อยกว่า 15 mL/min/1.73 m² ร้อยละ 2.7
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 60.5 รองลงมามีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.7 ไม่มีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 และมีอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับรุนแรง น้อยที่สุดจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 7.4
4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60$, $r = .54$, $p < .01$) และประวัติการได้รับวัคซีน Covid-19 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51$, $p < .01$) และอายุ ประวัติโรคร่วมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .40$, $r = .41$, $p < .01$) ในส่วนของปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสม(A1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59$, $p < .01$) และระดับความดันโลหิต อัตราการกรองของไต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41$, $r = .31$, $p < .01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านคลินิก ต่อระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก

ตัวแปรที่ศึกษา	Age	BMI	Number of years	Co-morbid	Vaccine	A1C	BP	eGFR	Level of Symptoms
Age	1								
BMI	-.34**	1							
Number of year	.34**	-.10	1						
Co-morbid	.25**	.06	.22**	1					
Vaccine	-.04**	.09	-.02	.040	1				
A1C	.38**	.31	.04	.004	-.09	1			
BP	.04	.32**	.13*	.10	.04	.06	1		
eGFR	.57	.01	.17**	.13**	-.09	-.01	.25**	1	
Level of Symptoms	.40**	.60**	.54**	.41**	-.51**	.59**	.41**	.31**	1

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed),

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

5. ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ดัชนีมวลกาย รองลงมาคือ อายุ ระดับน้ำตาลสะสม การได้รับวัคซีน Covid-19 และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามลำดับ และสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 31.5 ($R^2 = 0.315$, $F = 13.78$) ส่วนตัวแปรที่เหลือ คือ การมีประวัติโรคร่วม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตไม่สามารถพยากรณ์ระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคลินิกกับระดับอาการแสดงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนสัก

ปัจจัยพยากรณ์	R ²	Adjust R ²	A Constant	สัมประสิทธิ์การถดถอย		t	p-value
				b	β		
ดัชนีมวลกาย	.089	.082	1.415	.033	.299	3.882	.000
ดัชนีมวลกาย	.178	.167	.004	.044	.401	5.173	.000
อายุ				.018	.315	4.057	.000
ดัชนีมวลกาย	.241	.226	-.651	.044	.396	5.298	.000
อายุ				.020	.363	4.784	.000
ระดับน้ำตาลสะสม				.251	.257	3.573	.000
ดัชนีมวลกาย	.292	.273	.152	.045	.405	5.589	.000
อายุ				.020	.351	4.765	.000
ระดับน้ำตาลสะสม				.228	.234	3.330	.001
การได้รับวัคซีน Covid-19				.416	.226	3.264	.001
ดัชนีมวลกาย	.315	.292	.112	.045	.407	5.682	.000
อายุ				.016	.290	3.727	.000
ระดับน้ำตาลสะสม				.213	.218	3.134	.002
การได้รับวัคซีน Covid-19				-.420	.229	-3.362	.001
จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2				.146	.163	2.239	.027

*p- value <.05

อภิปราย

ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นสรุปและการอภิปรายผลตามสมมุติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

สรุปสมมุติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 มีอิทธิพลต่อระดับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งยอมรับตามสมมุติฐาน ยกเว้นตัวแปรการมีประวัติโรคร่วมไม่มีอิทธิพลต่อระดับอาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อภิปรายผลได้ว่า อายุ มีอำนาจการทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากขึ้นจะมีอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงมากขึ้นเนื่องจาก ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพต่ำลงตามวัยที่สูงขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Parohan, Yaghoubi, Seraji, Javanbakht, Sarraf, & Djalali (2021) ที่พบว่าอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีอำนาจการทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นมากกว่า 5 ปี จะมีอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงกว่า เนื่องจาก การมีโรคประจำตัวด้วยโรคเบาหวานที่นานๆ ร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้และจะส่งผลให้กระบวนการทำลายเชื้อโรค (Phagocytic Function) ลดลง และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 มีอำนาจการทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรง

มากขึ้น เนื่องจากการได้รับวัคซีนโควิด-19 1 เข็ม จะช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ถึงร้อยละ 36.9 และผู้ที่ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 68.7 (Sharif, Alzahrani, Ahmed, & Dey , 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vannako & Sunongbua (2022) พบว่าการได้รับวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและยังพบว่า กลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิตและกลุ่มที่มีอาการรุนแรง เป็นผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ เนื่องจากการได้รับวัคซีนครบจำนวน 3 เข็มจะกระตุ้นให้ร่างกายผลิตภูมิคุ้มกันต่อสู้กับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ และยังช่วยลดความรุนแรงลงหากผู้ป่วยได้รับเชื้อ ส่วนการมีประวัติโรคร่วมไม่สามารถทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมหรือไม่มีโรคร่วมก็ตาม ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.6 มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีจึงไม่รวมทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สรุปสมมุติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมมีอิทธิพลต่ออาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งยอมรับตามสมมุติฐาน ยกเว้นตัวแปรระดับความดันโลหิตและระดับอัตราการกรองของไต ไม่มีอิทธิพลต่อระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อภิปรายผลได้ว่า ระดับน้ำตาลสะสม (A1C) มีอำนาจการทำนายอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 9 % จะมีอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงมากขึ้น เนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมสูงอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้กระบวนการทำลายเชื้อโรคของร่างกาย (Phagocytic Function) ลดลง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการแสดงที่รุนแรงมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Ustuna, Keskinb , Acia ,Erdema, & AribM (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมสูงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลสะสมต่ำ และการศึกษาของ Jirasiriruk (2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลสะสมและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมสูงมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 19.2 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 6.69 หรือคิดเป็น 2.86 เท่า ส่วนระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตไม่มีอำนาจทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ว่าความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตอยู่ในระดับใด ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90.6 มีความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดีคือ น้อยกว่า 140/90 mmHg และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60 ml/min/1.73 m² ถึงร้อยละ 82.3 ดังนั้นตัวแปรทั้งสองจึงไม่สามารถรวมทำนายระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

ข้อเสนอแนะ

การนำข้อค้นพบงานวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขนำข้อค้นพบปัจจัยที่มีอิทธิพลกับระดับอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามลำดับ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับน้ำตาลสะสม

การได้รับวัคซีน Covid-19 และจำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดอาการแสดงที่รุนแรงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. โรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดเรื่องห้องแยกเชื้อสามารถนำข้อค้นพบไปวางแผนแนวทางการรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไว้รักษาในโรงพยาบาล

3. งานคลินิกโรคเบาหวานสามารถนำข้อค้นพบที่ได้ ไปโน้มน้าวให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีดัชนีมวลกายเกิน 25 กก./ตร.ม. และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมไม่ได้ ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำข้อค้นพบ ไปศึกษาเพิ่มเติมในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคไต โรคหัวใจ

2. ควรมีการศึกษาวินิจฉัยเชิงทำนายการได้รับวัคซีนโควิด 19 กระตุ้น กับระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Reference

Chee YJ, Tan SK, Yeoh E. (2020). Dissecting the interaction between COVID-19 and diabetes mellitus. *Journal of diabetes investigation*, 11(5), 1104-14.

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for medical practice, diagnosis, care, and prevention of infection Hospital germs in the case of coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, 2nd revised edition, April 22, 2022. (In Thai)

Faghir-Gangi, M., Moameri, H, Abdolmohamadi, N, & Nematollahi SH. (2020). The prevalence of type 2 diabetes in patients with COVID 19: a systematic review and meta-analysis. *Via Medica*, 9(5), 271-278.

International Diabetes Federation.(2021) *IDF Diabetes Atlas*, 10th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.

Jindadee, S., Suwannarat, S., & Kankang, O. (2022). *Factors related to the level of symptoms of Coronavirus 2019 patients at Khao Saming Hospital, Trat Province*. Retrieved April 13, 2022, from https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_460.pdf (In Thai)

Jirasiriruk, S. (2023). The Association Between HbA1c and Severity of COVID-19 Patients in Nakhonpathom Hospitalin Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 42(3), 407-415. (In Thai)

Jones R. at all. (2021). Risk Predictors and Symptom Features of Long COVID Within a Broad Primary Care Patient Population Including Both Tested and Untested Patients. *Pragmatic and Observational Research*, 12, 93-104.

Outbreak: guidance for people with diabetes, International Diabetes Federation, Retrieved April 25, 2022, from <https://idf.org/europe/news/covid-19-outbreak-guidance-for-people-with-diabetes>

- Pankluab, B. (2020). Factor Associated with Covid-19 Patient's Symptoms in Phuket's Community Hospita. Retrieved September 22, 2022, from www.vachiraphuket.go.th (In Thai)
- Parohan M., Yaghoubi S., Seraji A., Javanbakht MH., Sarraf P., Djalali M.(2021). Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging Male*, 23(5), 1416-24.
- Pooy A.A. (2021). Risk Factors Associated with Long COVID Syndrome: A Retrospective Study., *Iranian Journal of Medical Sciences*, 46(6), 428-436.
- Sharif N., Alzahrani KJ., Ahmed SN., Dey SK. (2021). Efficacy, immunogenicity and safety of COVID-19 vaccines: a systematic review and meta-analysis. Retrieved April 13, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34707602/>
- Soontorn, K. (2023). Factors Associated with Symptoms of COVID-19 Patients in the Huairat Hospital, Buri Ram Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospital*, 38(1), 21-31. (In Thai)
- Ustuna G.U., Keskinb A., Acia R., Erdema M.A., and AribM.(2021). Association between HbA1c and Severity of COVID-19 Patients. Retrieved September 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8240537/pdf/IHEM_0_1926278.pdf
- Vannako, P., Sunongbua A. (2022). Associations between COVID-19 Vaccine and Severity of COVID-19, Chaiyaphum Hospital: 2021-2022. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 1057-69. (In Thai)
- WHO. (2021). Diabetes. Retrieved April 13, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Edition, Harper and Row, New York.
- Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., et al.(2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet Lond Engl* , 395(10229), 1054-62.

การวิเคราะห์องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 12

วิภาดา ขอเจริญ^{1*}, กาญจนา ศรีสวัสดิ์² สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล², รุ่งนภา จันทรา³

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) องค์ประกอบของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ระดับของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 292 คน โดยมีรูปแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .96 และค่าความเที่ยงของอัลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ผลการวิจัยพบว่า 1) องค์ประกอบของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ (2) ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล (3) การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย และ (4) การสื่อสาร และการทำงานร่วมกัน โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.17 (มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .648 - .778) และ 2) การรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับการรู้ดิจิทัลที่มีค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับคือ ด้านการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย รองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล และด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ ตามลำดับ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบ, การรู้ดิจิทัล, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 12

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: momandtonnam@gmail.com)

วันที่รับ 20 มี.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 18 เม.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 24 เม.ย. 2567

A Factor Analysis of Digital Literacy of Thai Professional Nurses at Tertiary Care Center Hospital, 12th Public Health Region

Wiphada Khocharoen^{1*}, Kanjana Srisawad², Somjai Puttapitukpol², Runnapa Chantira³

¹ Student of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University

² Sukhothai Thammathirat Open University

³ Boromarajonani College of Nursing Suratthani

ABSTRACT

The purpose of this descriptive research was to study : (1) the factors of digital literacy of professional nurses and (2) the level of digital literacy of professional nurse working at tertiary care center Hospitals in the 12th Public Health Region. The sample was 292 professional nurses who were working at tertiary care center hospitals in the 12th Public Health Region. The samples were recruited by multi-stage sampling. The research tool was a two-part questionnaire. The first part was a personal data form and the second part was to assess the digital literacy of the professional nurses. The content validity of the questionnaire was examined by five experts. Content validity index was .96. The Cronbach alpha reliability was .95. Data were analyzed by descriptive statistics and exploratory factor analysis.

The results were as follows. 1) The digital literacy of professional nurses was composed of 4 factors: (1) operations of devices and software, information and data, (2) career-related competences in nursing, (3) data privacy and safety, and (4) communication and collaboration. Collectively, these 4 components accounted for 66.17% of the variance, factor loading .648 - .778. and 2) The level of digital literacy of professional nurses was found to be at a high level, both in each factor and overall. The average scores for each factor of digital literacy, in order, are as follow: data privacy and safety, communication and collaboration, career-related competences in nursing, operations of devices and software, and information and data

Keywords: Factor Analysis, Digital Literacy, Tertiary Care Center Hospital

*Corresponding e-mail: momandtonnam@gmail.com

Received: March 20, 2024; Revised: April 18, 2024; Accepted: April 24, 2024

บทนำ

การรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) เป็นสิ่งจำเป็นทั้งในการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ การทำงาน รวมทั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลในสังคมยุคดิจิทัลหรือยุคศตวรรษที่ 21 (Brown, Pope, Bosco, Mason, & Morgan, 2020) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการรู้ดิจิทัลไว้ในหลายมุมมอง องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2018) ได้ให้ความหมายว่า ความสามารถในการเข้าถึง จัดการ บูรณาการ สื่อสาร ประเมินและสร้างข้อมูลอย่างปลอดภัยและเหมาะสมผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและอุปกรณ์เครือข่าย และเพื่อประโยชน์ในการทำงาน รวมถึงสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับการรู้คอมพิวเตอร์ (Computer Literacy) การรู้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT Literacy) การรู้สารสนเทศ (Information Literacy) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ซึ่งการพัฒนาความสามารถในการรู้ดิจิทัลเป็นองค์ประกอบสำคัญของการศึกษาของวิชาชีพทางด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Terry et al., 2019) นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นบุคลากรสำคัญหลักในการแนะนำ การนำไปใช้และการใช้เทคโนโลยีการปฏิบัติทางคลินิกในการบริการสุขภาพ รวมทั้งดูแลด้านความปลอดภัย ศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Nes et al., 2021)

องค์ประกอบของการรู้ดิจิทัลเป็นขอบเขตความสามารถของการรู้ดิจิทัลซึ่งมีผู้แบ่งองค์ประกอบไว้หลากหลายแนวคิดที่สำคัญ ได้แก่ องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Culture Organization, 2018) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ (Devices and Software Operations) 2) สารสนเทศและทักษะทางด้านข้อมูล (Information and Data Literacy) 3) การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (Communication and Collaboration) 4) การสร้างเนื้อหาดิจิทัล (Digital Content Creation) 5) ความปลอดภัย (Safety) 6) การแก้ปัญหา (Problem-Solving) และ 7) ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ (Career-related Competences) ในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (Office of the Civil Service Commission, 2017) ได้แบ่งทักษะด้านดิจิทัลของบุคลากรภาครัฐออกเป็น 9 ด้าน ประกอบด้วย การใช้งานคอมพิวเตอร์ การใช้งานอินเทอร์เน็ต การใช้งานเพื่อความปลอดภัยมั่นคง การใช้โปรแกรมนำเสนอผลงาน การใช้โปรแกรมประมวลคำ การใช้โปรแกรมตารางคำนวณ การทำงานร่วมกันแบบออนไลน์ การใช้โปรแกรมสร้างสื่อดิจิทัล และการใช้ดิจิทัลเพื่อความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งองค์ประกอบการรู้ดิจิทัลต่างๆ เหล่านี้สามารถใช้เป็นขอบเขตประเมินความสามารถการรู้ดิจิทัลหรือพัฒนาการรู้ดิจิทัล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของวิชาชีพทางด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ในระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูง และรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่าย (Makornsan, Sangruam, & Aunburi, 2012) และในเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความแตกต่าง หลากหลายทั้งทางเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา และวัฒนธรรม และจากปัญหาสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้จึงต้องพัฒนาการเสริมสร้างสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน (Strategy and Information Group, 12th Public Health Region, 2021) โดยการดำเนินงาน เพื่อก้าวสู่การเป็นโรงพยาบาลที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ (Smart Hospital) (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2022) และการรับส่งต่อผู้ป่วยที่เน้นการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การใช้ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงระบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Pinpateep, 2019) ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ มาใช้เพื่อการปฏิบัติงาน การบริการ ขยายผลโปรแกรม Thai refer และพัฒนาสู่ Personal Health Record (PHR) พัฒนามาตรฐานระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Subcommittee of Strategy and Information, 2020) รวมถึงมีการพัฒนาองค์กรพยาบาลสู่องค์กรพยาบาลดิจิทัล (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2022) โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ มีการพัฒนาการรู้ดิจิทัลแก่บุคลากรทางการแพทย์และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการด้านการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลระดับองค์กรพยาบาลและพัฒนาบทบาทพยาบาลสารสนเทศ (Nursing Quality Improvement and Informatics Unit, 2024)

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้น จึงกล่าวได้ว่า พยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับตัว เรียนรู้และพัฒนาการรู้ดิจิทัลเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป ตลอดจนสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้ รวมถึงการกำหนดแนวทางในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพยาบาลและการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Pitaksang et al., 2023) ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือในการประเมินระดับและองค์ประกอบการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบและระดับของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ พัฒนาการบริการพยาบาลและสามารถปรับตัวในยุคที่มีความก้าวหน้าของนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12
2. เพื่อศึกษาระดับของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำกรอบแนวคิดองค์ประกอบการรู้ดิจิทัลสำหรับพลเมืองขององค์การสหประชาชาติ (The Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Culture Organization, 2018) มาประยุกต์ใช้เนื่องจากใช้ประเมินความสามารถขั้นต่ำในเรื่องการรู้ดิจิทัลของเยาวชนและผู้ใหญ่ทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่ยากจนรวมทั้งสามารถใช้เป็นรากฐานของเป้าหมายในการพัฒนาอย่างยั่งยืน และกรอบแนวคิดการรู้ดิจิทัลของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (Office of the Civil Service Commission, 2017) เนื่องจากเป็นทักษะด้านดิจิทัลพื้นฐานที่สำคัญ สำหรับข้าราชการในการปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 2,262 คน (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2021)

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 300 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ของ DeVellis (2012) ขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาด 10 เท่าของข้อคำถาม 25 ข้อ ได้เป็น 250 คนและเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 300 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต้งจำนวน 85 คน โรงพยาบาลยะลาจำนวน 90 คนและโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 125 คน โดยคิดตามสัดส่วนประชากรเมื่อส่งแบบสอบถามแล้วได้รับกลับคืนมาจำนวน 292 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.33 เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 อายุงาน 1 ปีขึ้นไปในเดือนกันยายน พ.ศ. 2566

2. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการลา เช่น ลาคลอด ลาศึกษาต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลโดยเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล และอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์ จำนวน 4 ข้อ
2. การรู้เท่าทันข้อมูลและสารสนเทศและการสร้างเนื้อหาดิจิทัล จำนวน 6 ข้อ
3. การสื่อสาร และการทำงานร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ
4. การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ
5. ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ

ซึ่งเป็นแบบสอบถามลักษณะประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามรูปแบบของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยกำหนดการให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ประกอบด้วยค่าคะแนน คือ ค่าคะแนนระดับการรู้ดิจิทัลน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุดตามลำดับ จากนั้นนำคะแนนเฉลี่ยมาแบ่งระดับการรู้ดิจิทัลโดยใช้เกณฑ์ที่แบ่งเป็นช่วงคะแนน (Silanoi, 2019) ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีระดับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีระดับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีระดับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีระดับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีระดับการรู้ดิจิทัลอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสอบถามโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (Item

Content Validity Index :I-CVI) รวม 25 ข้อมีค่าอยู่ระหว่าง .80 -1 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index :S-CVI) เท่ากับ .96 และวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ด้านที่ 1-5 และทั้งฉบับ เท่ากับ .87, .90, .78, .77, .92 และ .95 ตามลำดับ ค่าความสัมพันธ์ของข้อคำถามรายข้อกับคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Item-Total Correlation) มีค่าอยู่ระหว่าง .38 - .80 จากข้อคำถาม 25 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากประธานสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่ง โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวนพยาบาลที่คำนวณได้ของแต่ละโรงพยาบาล

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอเข้าพบหัวหน้าแผนกและกลุ่มตัวอย่างพร้อมนำเสนอแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อจัดเก็บข้อมูลโดยในแบบสอบถามออนไลน์ มีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม สิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยและมีการขอความยินยอมโดยการตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ด้วยความสมัครใจแล้วจึงรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามออนไลน์ ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลเพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 2.การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบโดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Axis Factoring และหมุนแกนแบบ Promax ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) ต้องมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าองค์ประกอบสำคัญต้องมีค่าไอเกน (Eigen Value) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 (Courtney, 2013; DeVellis, 2012 as cited in Teansawad, 2020) และในการจัดองค์ประกอบจะต้องมีตัวแปรที่อธิบายตัวประกอบนั้นตั้งแต่ 3 ตัวขึ้นไป โดยแต่ละตัวต้องมีน้ำหนักตั้งแต่ .30 ขึ้นไป (Costello & Osborne, 2005 as cited in Teansawad, 2020)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (NS.No.20/2566) โรงพยาบาลต่ง (เลขที่ 047/2566) โรงพยาบาลยะลา (24/2566) และโรงพยาบาลหาดใหญ่ (HYH EC-080-66-02) ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีการแจ้งสิทธิในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจและมีสิทธิขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ แบบสอบถามมีการบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีรหัสป้องกัน ได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ข้อมูลส่วนตัวและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัย จะใช้รหัส

แทนในการบันทึกข้อมูลรวมถึงมีการทำลายเอกสารหรือไฟล์ ทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัยและการนำเสนอผลการวิเคราะห์จะนำเสนอในภาพรวม จะไม่สามารถติดตามได้ว่าเป็นของบุคคลใด

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ซึ่งเป็นแบบสอบถามออนไลน์ได้รับกลับคืนมาจำนวน 295 ฉบับ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 292 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 97.33 เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=292)

สถานภาพส่วนบุคคล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรงพยาบาล	โรงพยาบาลต่ง	85	29.10
	โรงพยาบาลยะลา	82	28.10
	โรงพยาบาลหาดใหญ่	125	42.80
เพศ	ชาย	9	3.10
	หญิง	283	96.90
อายุ	≤25ปี	25	8.60
	26-30ปี	36	12.30
	31-35ปี	56	19.20
	36-40ปี	33	11.30
	41-45ปี	34	11.60
	46-50ปี	59	20.20
	51-55ปี	28	9.60
	≥56ปี	21	7.20
Mean=40.11, Median=40.00, Mode=35,46, SD.=10.12, Min=23, Max=60			
สถานภาพส่วนบุคคล		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	265	90.80
	ปริญญาโท	27	9.20
	สาขาการพยาบาลเด็ก	5	1.70
	สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่	15	5.10
	สาขาการผดุงครรภ์	4	1.40
	สาขาการบริหารทางการพยาบาล	3	1
ประสบการณ์การทำงาน	1-5ปี	51	17.50
	6-10ปี	45	15.40
	11-15ปี	55	18.80
	16-20ปี	22	7.50
	21-25ปี	44	15.10
	26-30ปี	43	14.70
	31-35ปี	17	5.80
	36-40ปี	15	5.10
Mean=3.8, Median=3, Mode=3, SD.=2.10, Min=1, Max=39			

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=292) (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
แผนกผู้ป่วยนอก	85	29.10
แผนกหอผู้ป่วยใน	170	58.20
แผนกหอผู้ป่วยหนัก	16	5.50
แผนกห้องผ่าตัด	4	1.40
แผนกวิสัญญี	7	2.40
แผนกห้องฉุกเฉิน	2	0.70
แผนกอื่นๆ	8	2.70
การได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การอบรมจากทางหน่วยงาน	199	68.20
การเรียนรู้ด้วยตนเอง	242	82.90
การเรียนรู้ด้วยวิธีอื่นๆ	17	5.80
การใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงาน(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คอมพิวเตอร์	290	99.30
โทรศัพท์มือถือ	282	96.60
แท็บเล็ต/ไอแพด	101	34.60
อุปกรณ์จัดเก็บข้อมูล	50	17.10
เครื่องสแกนเอกสาร	99	33.90
สมาร์ทวอตช์	40	13.70
อุปกรณ์อื่นๆ	3	1

จากตารางที่ 1 พบว่าพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 ที่ตอบแบบสอบถามมี 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีจำนวน 125 คน โรงพยาบาลตรัง มีจำนวน 85 คนและ โรงพยาบาลยะลา มีจำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 42.80, 29.10 และ 28.10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.90 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 46- 50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.20 มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ระหว่าง 11-15 ปี ร้อยละ 18.80 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.80 แผนกที่ปฏิบัติงานมากที่สุดเป็นแผนกหอผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 58.20 โดยส่วนใหญ่ตอบว่าได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลจากการเรียนรู้ด้วยตนเองร้อยละ 82.90 รองลงมาคือได้รับการอบรมจากหน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 68.20 และมีการเรียนรู้ด้วยวิธีอื่นๆ ได้แก่ การสอนงานจากระบบพี่เลี้ยงในหน่วยงานและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญคิดเป็นร้อยละ 5.80 ส่วนในด้านการใช้เครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงาน มีการใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 99.30

ตอนที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบการรับรู้ดิจิทัลของ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12

ตอนที่ 2.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น

1. การทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์ (Identity Matrix) ด้วยการใช้สถิติทดสอบของบาร์ทเลท (Bartlett's Test of Sphericity) โดยพิจารณาที่ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ($p \leq .05$) การศึกษาในครั้งนี้พบว่าทดสอบเมทริกซ์เอกลักษณ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่

$\leq .001$ ซึ่งแสดงว่า เมทริกซ์สหสัมพันธ์ของประชากรไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ และเมทริกซ์สหสัมพันธ์นั้นมีความเหมาะสมที่จะใช้วิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป (Hof, 2012 as cited in Teansawad, 2020)

2. ค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser-Mayer-Olkin: KMO) เท่ากับ .94 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ (Hof, 2012 as cited in Teansawad, 2020)

ตอนที่ 2.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงค้นหา (Exploratory Factor Analysis) โดยสกัดองค์ประกอบโดยวิธี Principal Axis Factoring และหมุนแกนแบบ Promax มีรายละเอียดดังตารางที่ 2 และตั้งชื่อองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ โดยพิจารณาความคล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบ โดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Axis Factoring และหมุนแกนแบบ Promax แสดงค่าน้ำหนักและจำนวนตัวแปรขององค์ประกอบ

ตัวแปร	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านที่ 1 (ตัวแปรที่ 1-11)	น้ำหนัก องค์ประกอบ
1	ท่านสามารถใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์ เคลื่อนที่ ในการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบงานของโรงพยาบาล และติดต่อสื่อสารเพื่อการปฏิบัติงาน	.705
2	ท่านสามารถเรียกดูข้อมูลที่ต้องการจากโปรแกรม ระบบงานของโรงพยาบาล	.775
3	ท่านสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เรียกดูจากโปรแกรมระบบงานของโรงพยาบาลเพื่อการ ทบทวนคุณภาพการพยาบาลได้	.738
4	ท่านใช้สื่อออนไลน์ ในการส่งต่อข้อมูลหรือติดต่อประสานงานในการปฏิบัติงานภายใน โรงพยาบาล หรือในเครือข่ายโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้	.670
5	ท่านติดตามข่าวสารหรือความก้าวหน้าทางการพยาบาลจากเว็บไซต์หรือสื่อออนไลน์ ต่างๆ ได้	.822
6	ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลความรู้ งานวิจัย หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ จากแหล่งข้อมูลที่ เชื่อถือได้	.848
7	ท่านสามารถแยกแยะได้ ว่าข้อมูลใดเชื่อถือได้ ข้อมูลใดเชื่อถือไม่ได้	.734
8	ท่านแสวงหาข้อมูลความรู้ที่ทันสมัยเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน จากสื่อออนไลน์ต่างๆ	.790
9	ท่านนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการสร้างเนื้อหาความรู้ เช่น การทำสื่อการสอน/ให้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วย	.850
10	ท่านสามารถเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารหรือข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยใช้ สื่อสังคมออนไลน์ ต่าง ๆ เช่น Facebook, Line, Tiktok	.828
11	ท่านสามารถใช้โปรแกรมการประชุมทางไกลหรือประชุมวิชาการออนไลน์ Telehealth	.444
ตัวแปร	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านที่ 2 (ตัวแปรที่ 20-25)	น้ำหนัก องค์ประกอบ
20	ท่านสามารถใช้เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ เช่น เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำได้	.765
21	ท่านสามารถแปลผลค่าที่ได้จากเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อให้การดูแล และปฏิบัติการพยาบาลได้	.957
22	ท่านสามารถค้นหาข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมข้อมูลงานบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHR) ตามสิทธิการเข้าถึงได้	.884

ตารางที่ 2 วิเคราะห์องค์ประกอบ โดยสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี Principal Axis Factoring และหมุนแกนแบบ Promax แสดงค่าน้ำหนักและจำนวนตัวแปรขององค์ประกอบ (ต่อ)

ตัวแปร	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านที่ 2 (ตัวแปรที่ 20-25)	น้ำหนัก องค์ประกอบ
23	ท่านนำเนื้อหาความรู้ที่ได้จากการสืบค้นจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ มาประยุกต์ใช้ในงานพยาบาล เช่น การจัดทำเอกสารทางวิชาการ/ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล	.681
24	ท่านใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือสื่อสังคมออนไลน์ ในการติดต่อผู้ป่วย เช่น การนัดหมาย การติดตามอาการหลังกลับบ้าน หรือช่วยแปลภาษาในการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการต่างชาติ	.505
25	ท่านสามารถพัฒนาแบบสอบถามออนไลน์เพื่อไปใช้ในการพัฒนางานหรือพัฒนาความรู้วิชาการ งานวิจัย	.508
ตัวแปร	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านที่ 3 (ตัวแปรที่ 16-19)	น้ำหนัก องค์ประกอบ
16	ท่านตั้งรหัสผ่านในการเข้าสู่ระบบต่าง ๆ ที่คาดเดายาก และไม่ใช้รหัสผ่านเดียวกันทุกช่องทาง	.724
17	ท่านจะปิดหน้าจอทุกครั้งเมื่อต้องพักการทำงานหลังจากเรียกดูข้อมูลผู้ป่วย/โรงพยาบาล ในคอมพิวเตอร์ เพื่อป้องกันผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	.729
18	ท่านไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ถ่ายคลิปหรือถ่ายภาพของผู้ป่วยลงในสื่อสังคมออนไลน์ โดยไม่ยินยอมและก่อให้เกิดความเสียหาย	.816
19	ท่านใช้งาน การจัดเก็บ ส่งต่อหรือเผยแพร่ข้อมูลและกิจกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับข้อมูลผู้ป่วยในการสื่อสารระบบงานในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายเพื่อการรักษาและการบริการทางการแพทย์เท่านั้น	.687
ตัวแปร	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านที่ 4 (ตัวแปรที่ 12-15)	น้ำหนัก องค์ประกอบ
12	ท่านใช้ข้อความ คำพูดหรือแสดงความคิดเห็นที่สุภาพในการสื่อสารในสังคมออนไลน์	.648
13	ท่านทบทวนสิ่งที่ท่านสื่อสารในสังคมออนไลน์ให้มีความชัดเจน ถูกต้อง ก่อนเผยแพร่ทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อน	.669
14	ท่านไม่เปิดเผยข้อมูลที่ใช้ในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพแก่ผู้ไม่เกี่ยวข้อง	.778
15	ท่านไม่ส่งข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานหรือเรื่องไร้สาระในช่องทางสาธารณะ อันอาจรบกวนผู้อื่นที่กำลังใช้ช่องทางในการทำงาน	.706

จากตารางที่ 2 พบว่า ได้องค์ประกอบทั้งหมดจำนวน 4 ด้านจำนวน 25 ตัวแปร ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 มีจำนวน 11 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .444 - .850 องค์ประกอบที่ 2 มีจำนวน 6 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .505 - .957 องค์ประกอบที่ 3 มีจำนวน 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .687 - .816 และองค์ประกอบที่ 4 มีจำนวน 4 ตัวแปร มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .648 - .778 ไม่มีตัวแปรที่มีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์การคัดองค์ประกอบที่ถูกตัดออก

ตารางที่ 3 องค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ จำนวนตัวแปร ค่าไอเกน ร้อยละความแปรปรวนและ ร้อยละความแปรปรวนสะสมของแต่ละองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่	จำนวน ตัวแปร	ค่าไอเกน	ร้อยละความ แปรปรวน	ร้อยละสะสม ความแปรปรวน
1.ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ	11	12.846	50.052	50.052
2.ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล	6	2.177	7.407	57.459
3.การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย	4	1.570	5.173	62.633
4.การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน	4	1.235	3.533	66.166

จากตารางที่ 3 พบว่า ได้องค์ประกอบทั้งหมด 4 องค์ประกอบ มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 1.235-12.846 จำนวน 25 ตัวแปรโดยรวมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.17 และตั้งชื่อองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้ โดยพิจารณาความคล้ายคลึงกันระหว่างตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบ สรุปตัวแปรองค์ประกอบ การรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 ที่ได้จากการวิเคราะห์ 4 ด้าน

ตอนที่ 3 ระดับของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12

ตารางที่ 4 ระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 12 รายด้าน

ด้านที่	องค์ประกอบการรู้ดิจิทัล	mean	SD.	ระดับ
1	ความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และการจัดการข้อมูล และสารสนเทศ	3.50	.57	มาก
2	ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล	3.80	.63	มาก
3	การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย	3.83	.66	มาก
4	การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน	3.53	.64	มาก
รวม		3.67	.63	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับการรู้ดิจิทัลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 3.67 , SD.= .63) และในรายด้านแต่ละด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน พบว่าระดับการรู้ดิจิทัลที่มีระดับสูงที่สุดคือ ด้านการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก (Mean=3.83, SD.= .66)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาองค์ประกอบและระดับของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 12 สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. องค์ประกอบการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์เขตสุขภาพที่ 12 มีกรอบแนวคิดจากองค์ประกอบการรู้ดิจิทัลขององค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (The Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Culture Organization, 2018) และสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (Office of the Civil Service Commission, 2017) สามารถใช้ประเมินการรู้ดิจิทัลสำหรับพยาบาลวิชาชีพครอบคลุมความสามารถ 4 มิติ คือ 1) การใช้ (Use) 2) เข้าใจ (Understand) 3) การสร้าง (Create) และ 4) เข้าถึง (Access) เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย

4 องค์ประกอบจำนวน 25 ข้อ คือ องค์ประกอบที่ 1 ด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ (Operations of Devices and Software, Information and Data) มีจำนวน 11 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล (Career-Related Competences in Nursing) มีจำนวน 6 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย (Data Privacy and Safety) มีจำนวน 4 ข้อ และองค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน (Communication and Collaboration) มีจำนวน 4 ข้อโดยรวมกันอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 66.17

องค์ประกอบที่ 1 ด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศมีค่าไอเกนเท่ากับ 12.846 คิดเป็นร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 50.052 ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 11 ตัวแปร แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบความรู้ดิจิทัลด้านที่ 1 คือ ความรู้ ความสามารถใช้เครื่องมืออุปกรณ์ฮาร์ดแวร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล สารสนเทศ และเนื้อหาดิจิทัล โปรแกรม/แอปพลิเคชันต่าง ๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ที่จำเป็นในการใช้งานและสามารถใช้งานฟังก์ชันต่าง ๆ ของเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรมทางการพยาบาล รวมถึงความสามารถในการสืบค้นข้อมูล การประเมินข้อมูล การจัดการข้อมูลดิจิทัลและสารสนเทศและการสร้างเนื้อหาดิจิทัลเพื่อพัฒนากระบวนการทำงานด้านการพยาบาลได้ เช่น สามารถใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์ เคลื่อนที่ ในการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบงานของโรงพยาบาลและติดต่อสื่อสารเพื่อการปฏิบัติงาน สามารถเรียกดูข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมระบบงานของโรงพยาบาล การใช้สื่อออนไลน์ ในการส่งต่อข้อมูลหรือติดต่อประสานงานในการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลหรือในเครือข่ายโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นต้น ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าสอดคล้องกับกรอบงานของการรู้ดิจิทัลขององค์กรสุศึกษาและองค์กรเตรียมความพร้อมด้านดิจิทัลประเทศอังกฤษ (The Building a Digital Ready Workforce (BDRW) Program and Health Education England's Technology Enhanced Learning Programme, 2017) ที่ได้กล่าวถึงกรอบงานของการรู้ดิจิทัลซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่ควรนำไปใช้กับนักเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์และพนักงานสนับสนุนด้านสุขภาพมีประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกันคือ ในด้านการรู้เท่าทันข้อมูล และสื่อสารสนเทศ (Information, Data and Content) คือ การที่บุคลากรมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อประสานงานการดูแลรักษา การระบุข้อมูลที่จำเป็นในการช่วยการตัดสินใจทางคลินิก การทำความเข้าใจโครงสร้างของข้อมูลภายในระบบการบันทึกสุขภาพ

องค์ประกอบที่ 2 ด้านความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล มีค่าไอเกนเท่ากับ 2.177 คิดเป็นร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 7.407 ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบความรู้ดิจิทัลด้านความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาล คือ ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีความสัมพันธ์กับวิชาชีพทางการพยาบาล เช่น สามารถใช้เครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อปฏิบัติการพยาบาลต่าง ๆ สามารถแปลผลค่าที่ได้จากเครื่องมือเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาล การค้นหาข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมข้อมูลงานบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Records: EHR) การใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อไปใช้ในการพัฒนางานหรือพัฒนาความรู้วิชาการ งานวิจัย รวมถึงสามารถนำเนื้อหาความรู้ที่ได้จากการสืบค้นจากแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ในงานพยาบาลได้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสอดคล้องกับแนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลประจำปี

งบประมาณ 2565 กองการพยาบาล (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2022) ในด้านตัวชี้วัดความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านสู่องค์กรพยาบาลดิจิทัลตามเกณฑ์ (Smart NSO) โดยมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการภายใน กระบวนการปฏิบัติงาน พัฒนาคณะความรู้ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรทางการพยาบาล ในด้านดิจิทัล ได้แก่ ความสามารถด้านการรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) ความสามารถในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนการให้บริการ หรือบริการ และความสามารถในการพัฒนางานวิจัยหรือนวัตกรรมที่นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเป็นเครื่องมือประยุกต์ใช้ในองค์กรพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 ด้านการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.570 คิดเป็นร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 5.173 ประกอบด้วย ตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัย คือ การปกป้องข้อมูลและเนื้อหาดิจิทัลด้านการพยาบาล การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการปกป้องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในสังคมดิจิทัล เช่น การตั้งรหัสผ่านในการเข้าสู่ระบบต่าง ๆ ที่คาดเดายาก การปิดหน้าจอทุกครั้งเมื่อต้องพักการทำงาน หลังจากการใช้งาน การจัดเก็บ ส่งต่อหรือเผยแพร่ข้อมูลและกิจกรรมใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับข้อมูลผู้ป่วยในการสื่อสารระบบงานในโรงพยาบาลหรือเครือข่ายเพื่อการรักษาและการบริการทางการแพทย์เท่านั้น ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสอดคล้องกับองค์ประกอบการรู้ดิจิทัล สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (Office of the Civil Service Commission, 2017) ที่ได้กล่าวถึงการรู้ดิจิทัล ในด้านการใช้งานเพื่อความปลอดภัย มั่นคง ในเรื่องความเป็นส่วนตัว การทิ้งรอยเท้าดิจิทัลในการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ รวมถึงภัยในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในแง่วิธีการที่ได้รับการคุกคาม ผลกระทบที่เกิดขึ้น การป้องกัน การลดความเสี่ยงต่อภัยเหล่านั้น

องค์ประกอบที่ 4 การสื่อสารและการทำงานร่วมกัน มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.235 คิดเป็นร้อยละของความแปรปรวนเท่ากับ 3.533 ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 4 ตัวแปร แสดงให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 มีความคิดเห็นว่างค์ประกอบการรู้ดิจิทัลด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน คือ ความสามารถในการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล โดยมีมารยาทในการสื่อสารในสังคมออนไลน์ เช่น การใช้ข้อความ คำพูดหรือแสดงความคิดเห็นที่สุภาพในการสื่อสารในสังคมออนไลน์ การทบทวนสิ่งที่สื่อสารในออนไลน์ให้มีความชัดเจน ถูกต้อง ก่อนเผยแพร่ทุกครั้งเพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสอดคล้องกับกรอบงานของการรู้ดิจิทัลของ องค์การสุศึกษาและองค์กรเตรียมความพร้อมด้านดิจิทัลประเทศอังกฤษ (The Building a Digital Ready Workforce (BDRW) Program and Health Education England's Technology Enhanced Learning Programme, 2017) ในด้านการสื่อสาร ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วม (Communication, Collaboration and Participation) ซึ่งหมายถึง การใช้รูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม การยอมรับ มุมมองและความแตกต่างทางวัฒนธรรม การพัฒนาเครือข่ายในการสื่อสารอย่างมืออาชีพ

2. ระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์ เขตสุขภาพที่ 12 พบว่าระดับการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.67$, $SD=.63$) และในรายด้านแต่ละด้านก็อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน พบว่า ระดับการรู้ดิจิทัลที่มีระดับสูงที่สุด คือ ด้านการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=.66$) แสดงให้เห็นถึงการที่พยาบาลวิชาชีพตระหนักถึงการปกป้องข้อมูลและเนื้อหาดิจิทัลด้านการพยาบาล การปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลและความเป็นส่วนตัว การปกป้องอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในสังคมดิจิทัลและปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.

2562 เป็นสำคัญรองลงมาคือ ด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกันอยู่ในระดับมาก ($M=3.80$, $SD=.63$) ส่วนด้านความสามารถที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M=3.53$, $SD=.64$) และด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ($M=3.50$, $SD=.57$) ตามลำดับแสดงให้เห็นถึงการพัฒนางานของบุคลากรสู่องค์กรพยาบาลดิจิทัล ซึ่งมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมมาใช้ มีการพัฒนาการรู้ดิจิทัลแก่บุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทและลักษณะงานในตำแหน่งของบุคลากรทางการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพในด้านความสามารถในการใช้อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และการจัดการข้อมูลและสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ยังอยู่ในระดับปานกลาง สามารถส่งเสริมพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลที่เรียกดูจากโปรแกรมระบบงานของโรงพยาบาล การใช้งานเว็บไซต์หรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารหรือข้อมูลทางด้านสุขภาพ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการสร้างเนื้อหาความรู้ เช่น การทำสื่อการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย การใช้โปรแกรมการประชุมทางไกลหรือประชุมวิชาการออนไลน์ รวมถึงพัฒนาแบบสอบถามออนไลน์เพื่อใช้ในการพัฒนางานหรือพัฒนาความรู้วิชาการ งานวิจัย

2. การสนับสนุนให้มีการอบรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลจากการตอบแบบสอบถามพบว่า การได้รับการอบรมจากหน่วยงาน มีเพียงร้อยละ 68.20 เช่น การอบรมการใช้งานอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลต่าง ๆ การสนับสนุนให้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมเชิงวิชาการในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ในด้านเทคโนโลยีดิจิทัล หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลในการทำงานเพิ่มมากขึ้นเพื่อเอื้ออำนวยให้พยาบาลวิชาชีพได้พัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถด้านเทคโนโลยีดิจิทัลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการรู้ดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 12

Reference

- Brown, J., Pope, N., Bosco, A.M., Mason, J., & Morgan, A. (2020). Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020, 29(15-16), 1-19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15321>
- DeVellis, R. (2012). *Scale Development Theory and Applications*. New York: Sage Publications.
- Makornsan, C., Sangruam, S., & Aunburi, S. (2012). Medical Service profile 2011-2014. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Nes, A.A., Steindal, S.A., Larsen, M.H., Heer, H.C., Laerum-Onsager, E.& Gjevjon, E.R. (2021). Technological literacy in nursing education: A scoping review. *Journal of Professional Nursing*, 37, 320-334.

- Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (2022). Guideline for Nursing service quality indicators 2022. Nonthaburi: Author (In Thai)
- Nursing Quality Improvement and Informatics Unit. (2024). Nursing care: job description of nursing quality improvement and informatics unit. Retrieved February 28, 2024, from <http://www.nurse.kku.ac.th> (In Thai)
- Office of the Civil Service Commission. (2017). Guideline for development digital literacy skill. Nonthaburi: Author. (In Thai)
- Pinpateep, P. (2019). Guideline for resolving inequality in Public Health. Retrieved April 5, 2022, from <https://www.csd.or.th/2019/09/health-disparities-8/> (In Thai)
- Pitaksang, A., Poyen, C., Namtap, C., Chimcharong, R., Panyawong, T., Leikmonkol, W., & Louhasuwanpanish, S. (2023). Digital Literacy among Nurses Working in a University Hospital . *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 38(2), 38-48. (In Thai)
- Silanoi, L. (2017). How to use the appropriate statistical formulas for determining the sample size for Quantitative Research Designs in the Humanities and Social Science Study. *Journal of Research and Development Buriram Rajabhat University*, 12(2), 50-61. (In Thai)
- Strategy and Information Group, 12th Public Health Region. (2021). Strategic Plan, (2021-2023). Retrieved January 1, 2023, from www.rh12.moph.go.th (In Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2021). Number of health personnel in regional hospitals, by network health service, province in report on public health resource. Retrieved January 1, 2023, from <https://spd.moph.go.th> (In Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2022). Health KPI 2023 (2nd ed.) Retrieved January 1, 2023, from <https://healthkpi.moph.go.th> (In Thai)
- Subcommittee of Strategy and Information. (2020). Development plan of 12th Public Health Region, fiscal year 2020. Retrieved February 28, 2024, from www.rh12.moph.go.th
- Teansawad, S. (2020). Instrument Development for Nursing Research. (Edition2) (pp. 151-171). Chiang Mai: Siampimnana company (In Thai)
- Terry J., Davies A., Williams, C., Tait, S. ,& Condon., L.(2019). Improving the digital literacy competence of nursing and midwifery students: A qualitative study of the experiences of NICE student champions. *Nurse Education in Practice*, 34, 192-198
- The Building a Digital Ready Workforce (BDRW) Program and Health Education England's Technology Enhanced Learning Programme. (2017). A Health and Care Digital Capabilities Framework. Retrieved October 10, 2021, from <https://www.hee.nhs.uk>
- The Constitution of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2018). A Global Framework of Reference on Digital Literacy Skills for Indicator 4.4.2 Retrieved October 10, 2021, from <http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อรอนงค์ กฐินหอม
โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต โรงพยาบาลวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้านการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุ พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วางแผนการดูแลตนเอง และติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ มีการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประเมินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า .67 ทุกข้อ ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2565 - กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ ผลการวิจัย พบว่า

1. ความรอบรู้ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ควรนำโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชาชนวัยทำงานและกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความรอบรู้, พฤติกรรมสุขภาพ, โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kathin29@hotmail.com)

วันที่รับ 26 ส.ค. 2566, วันที่แก้ไขเสร็จ 19 ม.ค. 2567, วันที่ตอบรับ 26 ม.ค. 2567

Effectiveness the Development Program on Health Literacy and Health Behaviors of The Village Health Volunteers In Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Suratthani Province

Onanong Kathinhom
Vibhavadi Hospital, Suratthani Province

Abstract

This part of the quasi-experimental research, single-group measurement, was used to study and support the program to develop literacy and monitor the health of village public health volunteers at Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani province. The sample included village public health volunteers in the Vibhavadi Hospital area, Surat Thani Province Detected, specifically villages, with five people each and 30 people. The tools used in the experiment include a program to develop knowledge and health behavior, including relationship building. Assess risky behavior and analyze causes. Develop health literacy and health behavior exchange of expertise. Make a self-care plan and follow up on health behaviors. Data were collected using questionnaires consisting of a health literacy assessment form and a health behavior assessment form. Content validity was sought by three experts. Evaluate the index of consistency between the questions and the research objectives. It was found that there was a concordance index between the questions and the objectives of more than .67. All items passed the reliability test using Cronbach's alpha of .82 and .87, respectively. Data were collected between March 2022 - July. 2022 Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation statistics. And correlation t-value test. The research results found that.

1. The health behavior of the sample group, after they participated in the program to develop knowledge and health behavior of village health volunteers at Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province, demonstrated a significant improvement ($p < .001$). This positive change in behavior is a testament to the program's effectiveness in promoting healthier lifestyles.

2. The health behavior of the sample group, after participating in the program to develop knowledge and health behavior of village health volunteers at Vibhavadi Hospital, Vibhavadi District, Surat Thani Province, demonstrated a significant improvement ($p < .001$). This positive change in behavior is a testament to the program's effectiveness in promoting healthier lifestyles.

The program to develop health knowledge and behavior of village health volunteers has the potential to be a powerful tool in enhancing knowledge and health behavior among working-age people and other groups. This scalability can lead to a broader dissemination of correct health knowledge and behavior, inspiring healthier communities.

Keywords: Health Literacy, Health behavior, Health Literacy and Behavior Development Program

*Corresponding e-mail: kathin29@hotmail.com

Received: August 26, 2023; Revised: January 19, 2024; Accepted: January 26, 2024

บทนำ

โรคติดต่อเรื้อรัง (Chronic Illness) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจมีอาการและมีระยะเวลาในการรักษายาวนานหรืออาจตลอดชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน เป็นภัยเงียบที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วย ความพิการ การสูญเสียสุขภาพ คุณภาพชีวิตและตายก่อนวัยอันควรจำนวนมากเป็นภาระการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ซึ่งองค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี พ.ศ. 2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ จำนวน 23 ล้านคน กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (Department of Disease Control, 2021)

ในปี พ.ศ. 2564 ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) จำนวน 240,261 คน โรคเบาหวาน จำนวน 3,173,089 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6,629,889 คน จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 84,038, 156,910 และ 41,010 คน ตามลำดับ (Health Data Center, Ministry of Public Health, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุการป่วยของกลุ่มผู้ป่วยในต่อแสนประชากร จังหวัดสุราษฎร์ธานีในปี 2564 ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน (Nutbeam, 2008) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย (Quinlan, Magid, Price, Lyman, & Mandl, 2013) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี เช่น มีการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ มีสถานะทางสุขภาพดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรค ลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008) ดังนั้นการพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆได้

ในปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนหลักสำคัญในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชน ทำหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ร้อยละ 56.00 และร้อยละ 36.00 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดี ร้อยละ 30 และ 23 ตามลำดับ (Health Education Division, 2020) จึงควรมีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นต้นแบบแก่ประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถสื่อสาร ตลอดจนถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า โปรแกรมฯส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีขึ้น (Amnuay, 2019)

ผู้วิจัยยังได้ทำการสำรวจข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความรอบรู้ในระดับพอใช้และไม่ดี ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่มีทักษะด้านการสื่อสารที่ถูกต้องรวมถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของ Nutbeam (2008) เพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนเป็นการสร้างองค์ความรู้หรือโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ตลอดจนดูแลครอบครัวและชุมชนได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

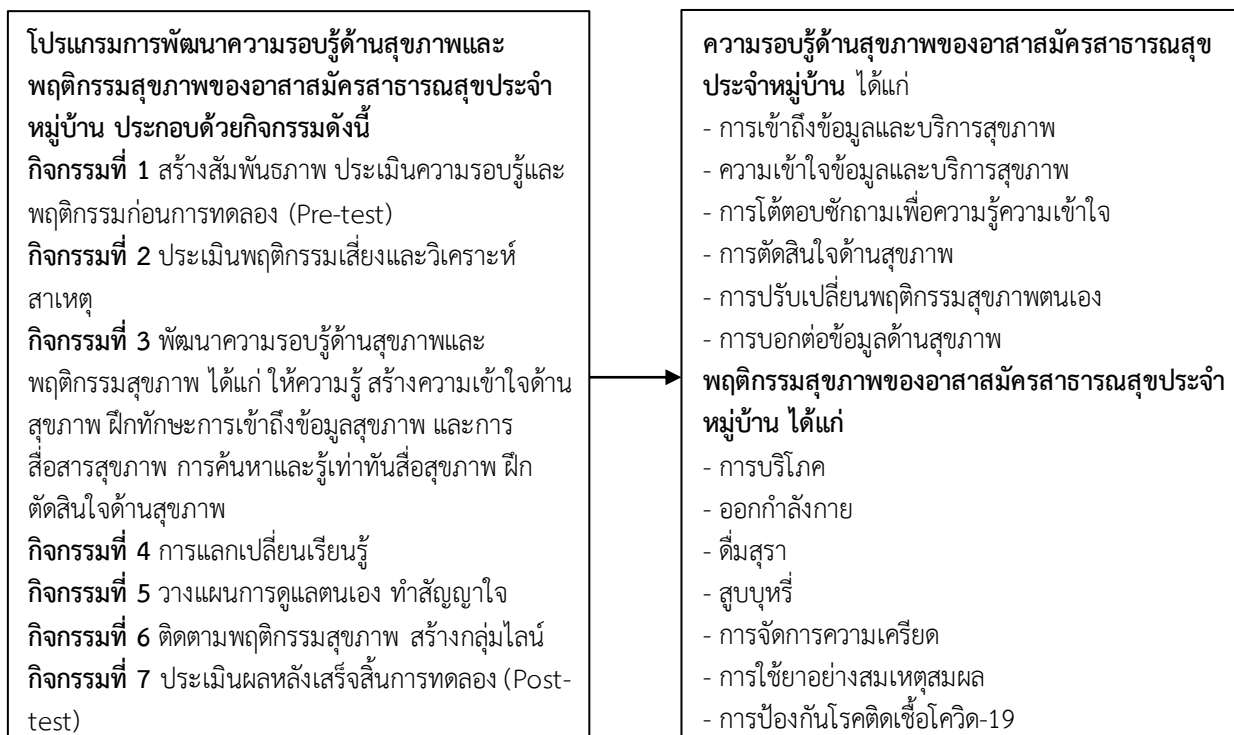
1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐาน

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพตามแนวทาง Nutbeam (2008) และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของ Department of Health (2020) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังแสดงในภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลเดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณโดยใช้สูตร Two Dependent Meas ของ App N4Studies (Bartz, Albert, E., 1999) จากการศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองมีผลต่างคะแนนเท่ากับ 7.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนก่อนและหลังทดลอง เท่ากับ 4.21 ตามลำดับ (Euajit, 2020) เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และอำนาจในการทดสอบ 95 ได้ค่า n เท่ากับ 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จาก 6 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี ได้แก่ หมู่ 9 หมู่ 10 หมู่ 12 ตำบลตะกุกใต้ และหมู่ 4 หมู่ 10 และหมู่ 17 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ระยะเวลาในการเป็น อสม. อย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย 4) สามารถเข้าร่วมได้ครบทุกกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการทดลองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีความรอบรู้ของ Nutbeam (2008) และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของ Department of Health (2020) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง อธิบายและทำความเข้าใจแบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมก่อนการทดลอง (Pre-Test)

กิจกรรมที่ 2 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุด้วยตนเอง ด้วยการแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 กลุ่ม โดยวิทยากรประจำกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน และคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สร้างความเข้าใจด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง การค้นหาและรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ ฝึกตัดสินใจด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นการพัฒนาความรอบรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 5 วางแผนการดูแลตนเองโดยนำข้อมูลจากการทำกลุ่มมาจัดทำแผนการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมรายบุคคล ทำสัญญาใจเพื่อนัดติดตามพฤติกรรมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 6 ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ สร้างกลุ่มไลน์

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Post-Test)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และระยะเวลาในการเป็น อสม. เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การได้ตอบซักถามเพื่อความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดคะแนน 4 ระดับ แปลผลระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 49-60 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ระดับดีมาก 43-48 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับมาก 36-42 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับปานกลาง น้อยกว่า 36 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 6-7 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 4-5 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 3 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติโดยเฉลี่ย 1-2 วัน/สัปดาห์ และไม่ได้ปฏิบัติ กำหนดคะแนน 5 4 3 2 1 ตามลำดับ และพฤติกรรมสุขภาพการจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติน้อยครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนน 4 3 2 1 ตามลำดับ รวมจำนวน 19 ข้อ การแปลผลคะแนนเป็นอย่างไร

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและ

การใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ จากนั้นได้นำน้ำหนักแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (Index of Congruence) พบว่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อมากกว่า .67 ทุกข้อ

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประยุกต์จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านการพัฒนาจาก Division of Health Education (2022) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของข้อคำถาม โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินที่มีค่าจำแนกรายข้อ (r) อยู่ระหว่าง .80-.92 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาทั้งฉบับได้ .83 และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 19 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ(r) อยู่ระหว่าง .80- .99 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลวิภาวดี
3. จัดแจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น
4. ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน อายุ 18-59 ปี สมัครใจเข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย อ่านเขียนหนังสือได้ จำนวน 30 คน

ระยะทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
 2. ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 2 ครั้ง โดยติดตามพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมวิจัย 3 เดือน
- กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตนเอง อธิบายและทำความเข้าใจแบบประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมก่อนการทดลอง (Pre-Test) ใช้เวลา 30 นาที
- กิจกรรมที่ 2 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุด้วยตนเอง ด้วยการแบ่งกลุ่มออกเป็น 6 กลุ่ม โดยวิทยากรประจำกลุ่ม กลุ่มละ 1 คน และคืนข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลา 30 นาที
- กิจกรรมที่ 3 พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สร้างความเข้าใจด้านสุขภาพ และฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพที่ถูกต้อง การค้นหาและรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ ฝึกตัดสินใจด้านสุขภาพ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นการพัฒนาความรู้ ปัญหาและอุปสรรคในการเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 5 วางแผนการดูแลตนเองโดยนำข้อมูลจากการทำกลุ่มมาจัดทำแผนการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมรายบุคคล ทำสัญญาใจเพื่อนัดติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 6 ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ สร้างกลุ่มไลน์ ใช้เวลา 30 นาที

กิจกรรมที่ 7 ประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (Post-Test) ใช้เวลา 30 นาที

ระยะหลังทดลอง

1. ประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ นำคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

2. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 นำคะแนนมาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-Test)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ สฎ 0032.001/779 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30 มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 40 การศึกษาระดับอนุปริญา ร้อยละ 40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.67 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 53.00

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2.03	.37	-42.21**	.00
หลังใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	4.66	.15		

** $p < .01$

จากตารางที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

3.ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุราก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2.79	.270	-5.69**	.000
หลังใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.96	1.03		

** $p < .01$

จากตารางที่ 2 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1.83	.305	-18.79**	.000
หลังใช้โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	3.06	.176		

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมนี้ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น และมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ดีขึ้น

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีคะแนนสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการดำรงชีวิตจากการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ทำให้มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ สามารถนำข้อมูลมาดูแลสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งการฝึกให้มีการสื่อสาร นำเสนอข้อมูล การได้แสดงความคิดเห็นของผู้อื่นส่งผลให้มีทักษะในการสื่อสารเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rungnapa, Sutheera, & Sasitorn (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม และการศึกษาของ Uthai (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Nitchamon (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้ด้านสุขภาพในการช่วยเลิกบุหรี่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ Amnuay (2019) พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทำให้รู้ระดับความเสี่ยงของตนเอง ได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ฝึกการนำเสนอและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ทั้งยังมีการทำสัญญาใจและติดตามผ่านทางแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถค้นหาข้อมูลที่ทันสมัยและนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chatchawan & Pannee (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน การศึกษาของ Euajit (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และการศึกษาของ Kritsapon, Sutteeporn & Napaphen (2019) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Amnuay (2019) ที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางของ Yada, Rattanawalee, Sukanya, et al (2020) พบว่า การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลสุขภาพ การได้รับการชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจะส่งผลให้อาสาสมัครมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พบว่าโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีขึ้นได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มอื่นๆ และพื้นที่ใกล้เคียงได้เพื่อทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปปรับใช้ในกลุ่มประชาชนวัยทำงานและวัยอื่นๆ เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวทีประชุมต่างๆ และกลุ่มไลน์
2. ควรนำโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปปรับใช้ในกลุ่มประชาชนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง โดยเพิ่มการติดตามและสื่อสาร กระตุ้นหลากหลายช่องทาง ให้เกิดความรอบรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง

Reference

- Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.
- Arahung, R., Hoontrakul, S., Roojanavech, S. (2017). *The Effects of Health Literacy Enhancement Program on Hypertensive Prevention Behavior of Pre-hypertension Risk Group at a Community in Nakhon Pathom Province*. Unpublished master's thesis, Christian University. (in Thai)
- Bartz, Albert, E. (1999). *Basic Statistic Concept*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Benjamin, S Bloom. (1986). 'Learning for Mastery'. *Evaluation Comment. Center for the Study of Instruction Program*. University of California at Los Angeles, (2), 47-62.
- Charoenjit, U. (2018). Effects of Health Promotion Programs on Health Literacy and Health Behavior of Diabetes Patients of Community Health Center Banpong Hospital. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 3(2), 58-72. (in Thai)

- Chiangkhong, A. (2018). *Effectiveness of the Development of Health Literacy through controlled Transformative Learning due Glycemic Control Behavior among Diabetic Patients*. Unpublished doctoral dissertation, Srinakharinwirot University, Thailand. (in Thai)
- Cho, Y.I., Lee, S.Y.D., Arozullah, A.M. and Crittenden, K.S. (2008). *Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst the Elderly*. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816.
- Chow, S.- C., Shao, J., & Wang, H., (2003). *Sample Size Calculations in Clinical Research* (2nd ed.) Chapman & Hall/CRC, 51.
- Department of disease control. (2021). *Surveillance, Prevention and Control of Non - Communicable Diseases. Annual report 2021*. Retrieved January 16, 2021, from <https://online.fliphtml5.com>.
- Department of Health. (2020). *3E.2S. Disease Prevention Code*. Nonthaburi: Department of Health Ministry of Public Health. (in Thai)
- Division of health education. (2017). *Strengthening and Assessing Health Literacy and Health Behaviors*. Retrieved January 16, 2021, from <http://www.hed.go>.
- Division of Health Education. (2019). *Report on the Results of the Assessment of Health Literacy and Health Behavior*. Bangkok: Department of health service support Ministry of Public Health. (in Thai)
- Kaewdamkerng, K. (2021). *In-depth Health Literacy*. In the Document of the 18th National Conference on Health Education on the Development of Health Behaviors in the 4.0 era. Department of Health Education and Behavioral Sciences. Faculty of Public Health Mahidol University Bangkok: Mahidol University, 8-23. (in Thai)
- Health Data Center, Ministry of Public Health. (2021). *Situation of Non-Communicable Diseases*. Retrieved January 16, 2021, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>.
- Health Education Division. (2021). *Report on the Results of Operations to Develop Health Literacy and Health Behavior for the Year 2021*. Retrieved January 22, 2022, from <http://www.hed.go.th/linkHed/442>.
- Lhumrod, N., Klumpakorn, S., & Sillaboot, J. (2019). Effects of the Village Health Volunteer Potential Development Program on Health Literacy in Smoking Cessation Aid. *Journal of Health Science Research*, 13(1), 84-94. (in Thai)
- Niammuenwai, A. (2019). Effectiveness the Development Program on Health Literacy and 3e.2S. Health Behaviors of the Village Health Volunteers Health Manager in Banlueam District, Nakhon Ratchasima Province. *Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office Journal*, 4(2),78-92. (in Thai)

- Nutbeam, D. (2008). *Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into Health 21st Century*. *Health Promotion International* 2000, 15(8), 259-67.
- Pengchan, W. (2017). *Health knowledge. In the Capacity Development Workshop Document Personnel of the Department of Health on Health Knowledge towards Thailand, Department of Health, Ministry of Public Health*. Nonthaburi: Ministry of public health. (in Thai)
- Petckong, C., & Banchonhattakit, P. (2019). Effects of Health Literacy Promoting Program with Social Media Used on Obesity Prevention Behavior among Overweight Mattayomsuksa 2 Students. *Journal of Health Education*, 42(2), 23-32. (in Thai)
- Pressey, S. L., Robinson, F. P., & Horrocks, J. E. (1959). *Psychology in education*. New York: Harper - Collins.
- Quinlan, P., Magid, S., Price, K., Lyman, S., & Mandl, L. (2013). The Relationship among Health Literacy, Health Knowledge, and Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis. *HSS Journal*, 9(1), 42-49.
- 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)
- Samruayruen, K., Raktham, Y., Deenonphanao, R., & Thachan, S. (2020). Effect of health literacy programs on self-care behaviors among diabetic patients at Rungnok sub-district, Sam-Ngam district, Phichit province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 14(3), 139-148. (in Thai)
- Sarakshetrin, A., Chantra, R., Kwanshom, R., & Ruangdoun, L. (2017). The Effects of Using Health Behavior Changing Program (Food, Exercise, Emotion, Smoking, and Alcohol Cessation) among Village Health Volunteers at Klongchanak, Muang District, Suratthani Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1). 253-264 (in Thai)
- Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T., & Wongmun, W. (2020). Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429. (in Thai)
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. (in Thai)
- Thepin, K., Moolsart, S., Jantacumma, 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)
- WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control non-communicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO Publications.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

อัญชลี นาคเพชร¹, รวิวรรณ คำเงิน^{2*}, ปภาสinee แซ่ดี²
¹ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่ราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 33 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล ระดับกลางเท่ากับ .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และค่าอำนาจทดสอบ .80 สุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับฉลาก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการของคูเดอร์ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ .78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบโดยใช้สถิติค่าทีสัมพัทธ์

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 8.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39) และ 32.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53) หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 11.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.78) และ 41.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติค่าทีสัมพัทธ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=8.69, p<.01, t=12.16, p<.01$) ตามลำดับ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไปใช้เพื่อพัฒนาอสม. ให้มีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้บรรลุตามเป้าหมายต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Rawiwankhamngoen@gmail.com)

วันที่รับ 23 ม.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 23 เม.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 29 เม.ย. 2567

The Effects of Potential Development Program for Village Health Volunteers (VHVs) in Childhood Development Promotion Makham Tia Subdistrict, Mueang District, Surat Thani Province

Anchalee Nakpeth¹, Rawiwan Khamngoen^{2*}, Papasinee Saetew²

¹Muang Phothawat Community Health Center Suratthani

²Boromarajonani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract:

This one-group pretest-posttest quasi-experimental study aimed to examine effect of potential development program for Village Health Volunteers (VHVs) in childhood development promotion. The 33 samples were VHVs working in Makham Tia Subdistrict Mueang District Surat Thani Province selected by simple random sampling. Research instruments consisted of a demographic questionnaire, the questionnaires of knowledge and behavior regarding promoting child development, Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) and Potential Development Program for VHVs in Childhood Development Promotion. Content validity was validated by 3 experts. The reliability was .78 by Kuder Richardson and by Cronbach's alpha coefficients were .82. Data were analyzed using frequency percentage, mean, Standard Deviation (SD.), and Paired t-test.

Results showed that: 1. the mean score of knowledge and behavior regarding promoting child development before experiment were 8.76 (SD.=1.39) and 32.15 (SD.=6.53), after experiment were 11.18 (SD.=1.78) and 41.21 (SD.=2.80). 2. the mean score of knowledge and behavior regarding promoting child development before and after participating potential development program for VHVs in childhood development promotion were significantly different ($t=8.69, p< .01$, $t= 12.16, p< .01$) respectively. Therefore, it could be promoted potential development program for VHVs in childhood development promotion for improve knowledge and behavior regarding promoting child development. VHVs will be an important part in driving the development of surveillance system and promoting child development to achieve the goals.

Key words: Potential Development Program, Village Health Volunteers (VHVs), Childhood Development Promotion

*Corresponding e-mail: Rawiwankhamngoen@gmail.com

Received: January 23, 2024; Revised: April 23, 2024; Accepted: April 29, 2024

บทนำ

การพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย ซึ่งเป็นเด็กช่วงอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปี เป็นช่วงเวลาที่สำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาและอนาคตของเด็ก เนื่องจากเป็นระยะที่สมองมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วและเด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้น ทั้งด้านความคิด ด้านภาษา การสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง (Bureau of Health Promotion, 2017) ถ้าเด็กวัยนี้ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยและเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ หากเด็กวัยนี้ขาดโอกาสที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการซึ่งมักเกิดจากความไม่รู้และขาดทักษะของพ่อแม่ผู้ปกครองอาจทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ไม่สมวัยได้ (Sirithongthaworn, 2013) พัฒนาการของเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งบุคลากรทางสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสำคัญจากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2557 2560 และ 2564 พบว่าเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัยร้อยละ 72.0, 67.5 70.3 ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ ตามแผนงานพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต คือ ร้อยละ 85 (Jungpanich, & Ployluan, 2021)

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการจึงได้มีการพัฒนาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ในปี พ.ศ. 2558 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงจะมีพัฒนาการไม่สมวัยและเพื่อให้คำแนะนำส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็ว ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถนำไปใช้ค้นหาเด็กกลุ่มช่วงอายุ 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน มารับการคัดกรองพัฒนาการ และแนะนำพ่อแม่ผู้ปกครองเด็กในการฝึกพัฒนาการลูกได้โดยตรง รวมทั้ง อสม. นำไปใช้ประโยชน์ในการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนได้ (Sirithongthaworn, 2013) คู่มือ DSPM ใช้สำหรับเด็กซึ่งอายุต่ำกว่าหกปีบริบูรณ์ ประกอบด้วยการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการแล้วผลการตรวจคัดกรองไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 ก็ได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2023) แต่จากผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักได้รับคู่มือ DSPM ร้อยละ 61.3 และได้อ่านและใช้คู่มือ DSPM จริงเพียงร้อยละ 37.6 (Jungpanich, & Ployluan, 2021) และจากการศึกษาการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี โดยการรวบรวมข้อมูลจากการดาที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มารดาส่วนหนึ่งไม่ได้รับคู่มือหลังคลอด และไม่ได้ให้ความสนใจการใช้คู่มือ DSPM เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้พูดเตือนย้ำหลายๆ ครั้ง และต้องปรับตัวและดูแลเด็ก จึงไม่มีเวลาสนใจใช้คู่มือ DSPM มากนักทำให้การแจกคู่มือ DSPM ของกระทรวงสาธารณสุขไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ (Authavee, & Phongphetdit, 2018)

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM เป็นหน้าที่หลักของพ่อแม่ผู้ปกครอง โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้คำแนะนำและมีการคัดกรองพัฒนาการเด็กเพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงจะมีพัฒนาการไม่สมวัยเฉพาะเด็กกลุ่มช่วงอายุ 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ที่มารับบริการในสถานบริการสำหรับการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองในชุมชนสำหรับเด็กช่วงวัยอื่นๆ อาจทำได้ไม่ทั่วถึงเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีจำนวนน้อย และมีบทบาทหน้าที่หลายอย่าง อสม. เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญที่สามารถติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อสม. ยังมีส่วนร่วมใน ติดตามการส่งเสริมพัฒนาเด็กน้อย (Thotet, 2020) ทั้งนี้เนื่องจาก อสม.

บางส่วนยังขาดประสบการณ์ในการใช้คู่มือ DSPM จึงทำให้ขาดความมั่นใจในการติดตามการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองในชุมชน สำหรับการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาเด็กในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ก็เช่นเดียวกันส่วนใหญ่เป็นการประเมินพัฒนาการเด็กที่มาใช้บริการในสถานบริการตามช่วงวัยที่กำหนด และมีการติดตามการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาเด็กในชุมชนทุกไตรมาสแต่ยังไม่ทั่วถึงทุกพื้นที่ โดยมี อสม. ในพื้นที่รับผิดชอบเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก แต่ อสม. ยังขาดความมั่นใจในการร่วมกิจกรรมดังกล่าว เนื่องจากไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้คู่มือ DSPM

อสม. ถือเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่มีครอบคลุมทุกพื้นที่และได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในชุมชน บทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่สำคัญประการหนึ่งคือ การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น การเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก (Department of Health Service Support, 2014) การติดตามการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ผู้ปกครองในชุมชนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่เป็นการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดปัญหาสาธารณสุขในชุมชนที่รับผิดชอบ การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ อสม. มีความรู้ความสามารถในการติดตามการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในชุมชนที่รับผิดชอบ และสามารถแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กสามารถฝึกพัฒนาการลูกได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเป็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานในการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กร่วมกับพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นไปอย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อบรมให้ อสม. มีทักษะการติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และสามารถติดตามและให้คำแนะนำช่วยเหลือดูแลเด็กกับผู้ดูแลรวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนเข้าร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้สมวัย โดยเน้นให้ อสม. เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสมวัย รวมถึงนัดหมายเด็กกลุ่มช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน มารับการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีหลายรูปแบบ เช่น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ การฝึกทักษะ ปฏิบัติ และการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานในชุมชนทำให้ อสม. มีความรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น (Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworraku, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ อสม. ในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อสม. ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลและติดตามทารกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Hayeese, Wangsawat, & Damklia, 2019) และยังมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดีขึ้น (Donkhom, Chaiwong, & Chaiwong, 2022) จะเห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองทำให้ อสม. มีความรู้และพฤติกรรมหรือทักษะการปฏิบัติที่ดีขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อเป็นการพัฒนา อสม. ให้มีความรู้ความมั่นใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สามารถเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) (Bandura, 1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เบนดูรา (Bandura) กล่าวว่า การส่งเสริมให้บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และเกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมีด้วยกัน 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการฝึกให้ อสม. มีประสบการณ์โดยการฝึกทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและฝึกทักษะ 2) การใช้ตัวแบบ เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถทำได้ โดยให้สังเกตตัวแบบในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และสื่อประกอบ 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยการให้คำแนะนำ คำอธิบาย ชื่นชม ให้กำลังใจ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดี เปิดโอกาสให้เล่าประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การติดตามปัญหาอุปสรรคในการลงพื้นที่ในชุมชน

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

1. การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จผ่านการอบรม
เชิงปฏิบัติการ และการฝึกทักษะ
2. การใช้ตัวแบบ เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์
ของผู้อื่นผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประกอบ
3. การใช้คำพูดชักจูง
4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (การส่งเสริมให้ อสม. มีสภาวะ
ด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดี)

- ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (One Group Pretest-Posttest Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 127 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 33 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณด้วยโปรแกรม G*power กำหนดอำนาจในการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Paired t-test) จากกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม กำหนดขนาดอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ .50 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) .80 กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 (Cohen, 1992) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 33 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีจับฉลากทำโดยการนำชื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาทำฉลากแล้วหยิบนับตามจำนวนที่ต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย 1) เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานในตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี 2) ไม่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ DSPM 3) มีความสามารถในการพูด เขียน อ่านและเข้าใจภาษาไทย และได้ยินตามปกติ 4) ไม่มีประวัติผิดปกติด้านจิต อารมณ์ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมการวิจัยหรือ อสม. ต้องการออกจากการทำงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. และประสบการณ์ในการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ DSPM

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยได้ พัฒนาขึ้นโดยการ ทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี ด้วยคู่มือ DSPM ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM) 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine Motor: FM) 3) ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL) 4) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) และ 5) ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social: PS)

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบปรนัย (แบบเลือกตอบ) จำนวน 15 ข้อ โดย ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 0-15 การแปลผลคะแนน คือคะแนน 12-15 คะแนน (ร้อยละ 80.0-100.0) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง คะแนน 9-11 คะแนน (ร้อยละ 60.0-79.0) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลางและคะแนน 0-8 คะแนน (ร้อยละ 0.0-59.0) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับต่ำ (Pimpho, 2014)

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นพัฒนาขึ้นโดยการ ทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี ด้วยคู่มือDSPM ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ทุกครั้งที่ทำงาน 4 คะแนน บ่อยครั้ง 3 คะแนน นานๆครั้ง 2 คะแนน และไม่เคย 1 คะแนน ค่าคะแนนที่ได้ เท่ากับ 12-48 การแปลผลคะแนน คือ คะแนน 39-48 คะแนน (ร้อยละ 80.0-100.0) หมายถึง พฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับสูง คะแนน 29-38 คะแนน (ร้อยละ 60.0-79.0)

หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 12-28 คะแนน (ร้อยละ 1.0-59.0) หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับต่ำ (Pimpho, 2014)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Ministry of Public Health, 2023) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาขึ้นสำหรับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ซึ่งมีอายุต่ำกว่าหกปีบริบูรณ์ ประกอบด้วยการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา พัฒนาการด้านเข้าใจภาษา พัฒนาการด้านการใช้ภาษา และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

2.2 โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยพัฒนาตามกระบวนการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ดังนี้

2.2.1 การมีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ อสม. มีประสบการณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

2.2.2 การใช้ตัวแบบ เป็นการให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของของวิทยากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการและสื่อประกอบ รวมทั้งการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

2.2.3 การใช้คำพูดชักจูง โดยการให้คำแนะนำ คำอธิบาย ชื่นชม ให้กำลังใจ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

2.2.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ การส่งเสริมให้ อสม. มีสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดี การดำเนินการโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี โดยโดยทีมอาจารย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและ อสม. ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัย

2) เตรียมความพร้อม อสม. ก่อนการอบรมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการสอบถามความพร้อมด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย วิทยากรจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ให้ อสม. ทุกคนได้มีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ อสม. ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผ่านมา

3) สร้างกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

4) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยทีมอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ มีสื่อวีดิโอการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Rajanagarindra Institute of Child Development, 2013)

6) แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยมีวิทยากรประจำกลุ่มสาธิตและให้ อสม. สาธิตย้อนกลับ พร้อมให้ข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อนำความรู้และทักษะจากกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการไปปฏิบัติจริง ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง

1) นัดหมาย อสม. ผ่านไลน์กลุ่ม เพื่อเตรียมเด็กอายุ 0-6 ปี ในพื้นที่จำนวน 1 คน/อสม. 1 คน

2) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อนำความรู้และทักษะจากกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการไปปฏิบัติจริงกับเด็กอายุ 0-6 ปี ในพื้นที่โดยมีผู้วิจัยสาธิตการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 คน และให้ อสม. ลงมือปฏิบัติกับเด็ก 1 คน/อสม. 1 คน โดยเลือกปฏิบัติกับเด็กที่มีอายุแตกต่างกันเพื่อเป็นตัวอย่างให้ อสม. ได้เห็นตัวอย่างหลายช่วงอายุ โดยการประเมินพัฒนาการของแต่ละช่วงอายุให้ดำเนินกิจกรรมการประเมินตามที่กำหนดในคู่มือ DSPM อย่างเคร่งครัด โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำที่ปรึกษา

3) ให้คำแนะนำ คำอธิบาย ชื่นชม และให้กำลังใจ อสม. ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนตลอดการดำเนินงาน และมีการชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

4) ผู้วิจัยพูดสร้างความตระหนักกับ อสม. ให้เห็นความสำคัญของตนเองกับบทบาทในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ

5) วางแผนการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. และกระตุ้นให้มีการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงให้ครอบคลุมกับเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ หากพบเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยหรือเกิดปัญหาในการประเมินพัฒนาการให้ปรึกษาทีมวิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทันทีผ่านทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว

6) ติดตามการประเมินผลการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงพร้อมให้คำแนะนำผ่านไลน์กลุ่มเป็นระยะๆ

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ภายหลังกดำเนินการครบ 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการลงพื้นที่จริงของ อสม. ภายหลังกการอบรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง

1) นัดหมาย อสม. ผ่านไลน์กลุ่ม

2) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. ปัญหาอุปสรรค

3) ติดตามการประเมินผลการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงพร้อมให้คำแนะนำผ่านไลน์กลุ่มเป็นระยะๆ

ระยะที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ภายหลังกดำเนินการครบ 8 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค และประเมินความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการก่อนเสร็จสิ้นโปรแกรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง

1) นัดหมาย อสม. มาพร้อมกัน นัดผ่านไลน์กลุ่ม

2) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. ปัญหาอุปสรรค

3) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

4) ชื่นชม และให้กำลังใจ อสม. ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรง ความชัดเจนและความถูกต้องของภาษา และนำแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพได้กมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) อยู่ระหว่าง .66-1.00

2. การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขหลังการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก หาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-21) ได้เท่ากับ .78 และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คำนวณจากสูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในแต่ละขั้นตอนโดยการดำเนินการ ดังนี้

1. พบกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทวิวิจัย และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิและลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 4 ระยะ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินและส่งเสริมและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยและ อสม. 2) เตรียมความพร้อม อสม. 3) สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง 3) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 4) ให้ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-6 ปี ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM และ 4) แบ่งกลุ่มฝึกทักษะการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) โดยมีวิทยากรประจำกลุ่มสาธิตและให้ อสม. สาธิตย้อนกลับ

ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อนำความรู้และทักษะจากกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการไปปฏิบัติจริง ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) นัดหมาย อสม. ผ่านไลน์กลุ่ม 2) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านฝึกทักษะปฏิบัติจริงกับเด็กอายุ 0-6 ปี ในพื้นที่โดยมีผู้วิจัยสาธิตการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 คน และให้ อสม. ลงมือปฏิบัติกับเด็ก 1 คน/อสม. 1 คน 3) ให้คำแนะนำคำอธิบาย ชื่นชม และให้กำลังใจ อสม. 4) ผู้วิจัยพูดสร้างความตระหนักกับ อสม. ให้เห็นความสำคัญของตนเองกับบทบาทในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 5) วางแผนการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. และกระตุ้นให้มีการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงให้ครอบคลุม และ 6) ติดตามการประเมินผลผ่านไลน์กลุ่มเป็นระยะๆ

ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ภายหลังกดำเนินการครบ 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการลงพื้นที่จริงของ อสม. ภายหลังกการอบรม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. ปัญหาอุปสรรค 2) ติดตามการนำความรู้และทักษะไปใช้จริงผ่านไลน์กลุ่มเป็นระยะๆ

ระยะที่ 4 (สัปดาห์ที่ 8) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ภายหลังกดำเนินการครบ 8 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค และประเมินความรู้

และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการก่อนเสร็จสิ้นโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) ติดตามประเมินผลการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-6 ปี ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ อสม. ปัญหาอุปสรรค 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ 3) ชื่นชม และให้กำลังใจ อสม. ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งจากการทดสอบการกระจายข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ โดยผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ค่า $Z_{\text{skewness}} = 0.33$, $Z_{\text{kurtosis}} = 0.74$ และ Kolmogorov-Smirnov=0.147 (Sig= .06) และผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ได้ค่า $Z_{\text{skewness}} = 0.62$, $Z_{\text{kurtosis}} = 1.21$ และ Kolmogorov-Smirnov=0.132 (Sig= .15) จึงทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ได้ลำดับที่ REC 66-0065 วันที่ 29 กันยายน 2566 เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฯ แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการอธิบายถึงสิทธิของการเข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด มีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมการวิจัย และต้องได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนทราบว่าการเลือกเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดระยะเวลา ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด การรายงานผลการวิจัยจะถูกรายงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยผู้วิจัยมีการเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และแจ้งเบอร์โทรศัพท์สถานที่สำหรับการติดต่อแก่กลุ่มตัวอย่าง สำหรับเด็กอายุ 0-6 ปี ซึ่ง อสม. ลงพื้นที่เพื่อฝึกทักษะการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากผู้ปกครองทุกราย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.90 เพศชาย ร้อยละ 9.10 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.80 รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.20 และอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.00 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.6 รองลงมาการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.3 และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 15.10 กลุ่มตัวอย่างอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 42.40 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27.30 ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.20 และรับจ้าง 12.10 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 คิดเป็นร้อยละ 66.70 รองลงมา รายได้ 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.30 รายได้ 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.00 รายได้ 40,001-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.00 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ DSPM คิดเป็นร้อยละ 60.06 สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 39.94 มีประสบการณ์ในการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ DSPM โดยเป็นการใช้คู่มือร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีกิจกรรมการประเมินพัฒนาการเด็กในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 33)

ระดับความรู้	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 8)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	2	6.06	-	-
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	26	78.79	8	24.24
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	5	15.15	25	75.76
รวม	33	100	33	100

จากตาราง เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.79 มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 15.15 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.06 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 75.76 และมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.24

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 33)

พฤติกรรมประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (สัปดาห์ที่ 8)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (12-28 คะแนน)	11	33.34	-	-
ระดับปานกลาง (29-38 คะแนน)	7	21.21	1	3.03
ระดับสูง (39-48 คะแนน)	15	45.45	32	96.97
รวม	33	100	33	100

จากตาราง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมา มีพฤติกรรมในระดับต่ำ ร้อยละ 33.34 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.21 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า อสม. เกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.97 และมีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.03

3. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=33)

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.76	1.39	8.69**	0.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.18	1.78		

**p< .01

จากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 8.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.39) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 11.18 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.78) แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=8.69, p<.01$)

1. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม.ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม.ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 33)

พฤติกรรมการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	32.15	6.53	12.16**	0.00
หลังการทดลอง	41.21	2.80		

** $p<.01$

จากตารางพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 32.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 41.21 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80) แสดงให้เห็นว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เมื่อทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติที พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=12.16, p<.01$)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายได้ตามสมมติฐานการวิจัย คือ สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ จากผลการวิจัยพบว่าความรู้และพฤติกรรมในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องมาจากโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีการรับรู้ความสามารถตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นและเกิดพฤติกรรมที่ดีตามมา เบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองทำให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญตัวหนึ่ง การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองประกอบด้วย 4 วิธี 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นการฝึกให้ อสม. มีประสบการณ์โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งรูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2) การใช้ตัวแบบ โดยการทำให้ อสม. เห็นตัวแบบจากวิทยากร มีการสังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถทำได้ 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยการให้คำแนะนำคำอธิบาย ชื่นชม ให้กำลังใจ อสม. และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ เป็นการส่งเสริมให้ อสม. มีสภาวะความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ที่ดี เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้ อสม. มีความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนดีขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้ในการกำหนดพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการเด็ก DSPM การเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีขั้นตอนการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งรูปแบบการให้ความรู้โดยการบรรยาย สาธิตและลงพื้นที่เยี่ยมบ้านฝึกทักษะปฏิบัติจริงในพื้นที่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวิธีการใช้คู่มือ DSPM เป็นขั้นตอนอย่างละเอียด และฝึกให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้คู่มือในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการจนสามารถกระทำได้ รวมทั้งการติดตามปัญหาอุปสรรค การให้กำลังใจการชื่นชมเป็นระยะๆ ทำให้ อสม. เกิดกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Manmanah (2014) และ Kongsathianpong (2015) พบว่า การอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มศักยภาพ อสม. ให้สามารถจัดกิจกรรมบริการตามปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับการศึกษาความรู้ด้านโรคเรื้อรังและสมรรถนะในการให้บริการด้านโรคเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การจัดอบรมให้มีการฝึกปฏิบัติจริงรวมทั้งประเมินความรู้และประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะๆ ให้ความรู้เสริมในส่วนที่ อสม. ยังขาด และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ จะเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีสมรรถนะเพิ่มมากขึ้น (Choomee & Udomkitpipat, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Hayeese, Wangsawat & Damkia (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ อสม. ในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีความรู้ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารกเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลและติดตามทารกเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพิ่มขึ้นและการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อสม. มีความรู้ในการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (Suwintrakorn, Kalampakorn, & Rawiworrakul, 2019).

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการพัฒนาให้ อสม.เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถและนำไปปฏิบัติได้จนเกิดเป็นพฤติกรรมที่ดี (Bandura, 1977) การจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ อสม. ให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมทั้งเป็นตัวแทนโดยการสาธิตและลงพื้นที่เยี่ยมบ้านฝึกทักษะปฏิบัติจริงในพื้นที่ ทำให้ อสม. ซึ่งได้เห็นตัวแบบดังกล่าว มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (Srilamai & Teerarungsikul, 2015) จึงสามารถนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการติดตามปัญหาอุปสรรค การให้กำลังใจ การชื่นชม ทำให้บุคคลเกิดกำลังใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในชุมชนของตนเองจึงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Bunmachu & Theunnadee, 2015)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการส่งเสริมให้นำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ไปใช้กับ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความรู้และศักยภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ อสม. เป็นส่วนสำคัญในการช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบการติดตามและการเฝ้าระวังการส่งเสริมพัฒนาการเด็กต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามและประเมินผลความสม่ำเสมอของพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กของ อสม. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
2. ศึกษาผลลัพธ์ของพัฒนาการของเด็กจากที่ อสม. มีพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) อย่างสม่ำเสมอ

References

- Authavee, B., & Phongphetdit, B. (2018). The Use of the DSPM to Promote Child Development 5th Regional Health Promotion Center, Ratchaburi. *Journal of Humanities and Social Sciences Alongkorn*, 13(3), 229-242. (In Thai)
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bunmachu, D., & Theunnadee, S., K. (2015). Effects of Promotion Program on Perceived Self - Efficacy Preterm Caring Behaviors of Mothers and Health Status of Preterm Babies. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(4), 150-158. (In Thai)
- Bureau of Health Promotion. (2017). *School Manual for Parents for Their Children Good Health, Good Brain, Good Mood, Happiness*. Bangkok: New Thamada Press (Thailand) Co Ltd. (In Thai)
- Choomee, P. & Udomkitpipat, J. (2021). Knowledge of Chronic Diseases and Competencies in Providing Services Regarding Chronic Diseases in the Community of Village Health Volunteers in Sura Thani Province. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(4), 277-293. (In Thai)
- Department of Health Service Support. (2014). Regulations of the Ministry of Public Health: Concerning Village Health Volunteers (VHVs), 2011. Retrieved October 30, 2023, from https://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/2580.pdf (In Thai)
- Department Of Health Service Support. (2014). *Handbook for New Era of Village Health Volunteers*. Bangkok: The Agricultural Co-operation of Thailand. (In Thai)
- Donkhom, P., Chaiwong, T., & Chaiwong, S. (2022). The Effectiveness of Self-Efficacy Promoting Program on Knowledge Attitudes and Practices of Caring for Elderly Dependents by Village Health Volunteers, Chun District, Phayao Province. *Lanna Public Health Journal*, 18(1), 57-67. (In Thai)
- Hayeese, W., Wangsawat, T., & Damklia, W. (2019). Effect of the Perceived Self-Efficacy Promotion Program of Village Health Volunteers in Caring and Follow-up Preterm Infants After Discharge from Hospitals. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 30-39. (In Thai)
- Jungpanich, P., & Ployluan, W. (2021). The Study of Situation of Early Childhood Development in Thailand 2021. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 46(1), 41-53. (In Thai)

- Kongsathianpong, S. (2015). *Capacity Building of Village Health Volunteers in Home Visit among Diabetes Mellitus Patients in Laem Thong Subdistrict Municipality Nong Bunmak District Nakhon Ratchasima Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nakhon Ratchaima: Graduate School, Nakhon Ratchasima Rajabhat University. (In Thai)
- Manmanah, A. (2014). *Effects of Capacity Building Program for Village Health Volunteers for Dengue Hemorrhagic Fever Prevention in Pattani Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science in Health System Research and Development, Prince of Songkla University.
- Ministry of Public Health. (2023). *Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM*. Nonthaburi: WVO officer of printing mill. (In Thai)
- Rasiri, S., Intarakumhang Na Rachasima, S. & Rasiri, T. (2022). The Role of Thai Public Health Volunteers. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 7(2), 80-97. (In Thai)
- Sirithongthaworn, S. (2013). *The Development of Developmental Screening and Assessment Instruments for Children Aged Birth to 5 Years (Research Report)*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation.
- Srilamai, N., & Teerarungsikul, N. (2015). Effectiveness of Maternal Perceived Self-Efficacy Enhancement Program on Caring for Preterm Babies. *Journal of Nursing and Education*, 8(2), 83-94. (In Thai)
- Suwintrakorn, C., Kalampakorn, S., & Rawiworraku, T. (2019). The Effects of Self-Efficacy Enhancement Program for Health Volunteers on Stroke Surveillance and Prevention. *Thai Journal of Nursing*, 68(1), 39-48. (In Thai)
- Thotet, P. (2020). A Study of the Competency Development Model for Village Health Volunteers 4.0 North Region, 2018. *Journal of Human Society*, 10(1), 34-44. (In Thai)

กรณีศึกษา: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก

กนกอร ศรีสัมพันธ์¹, วลีรัตน์ แตรตุลาการ¹, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักหรือโรคลมบ้าหมูนั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พยาบาลและผดุงครรภ์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักและทารกในครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อน ประการสำคัญในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักคือการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ การให้ความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักมีความรู้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เกิดการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรมเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักจึงสามารถบูรณาการองค์ความรู้จากทฤษฎีมาใช้ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ได้

กรณีศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ให้ประวัติรับการรักษาอาการชักโดยหยุดยากันชักเอง ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ได้ 13⁺¹ สัปดาห์ พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเอง รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล พบว่าหญิงตั้งครรภ์รายนี้คลอดครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, โรคลมชัก, การพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: howham@gmail.com)

วันที่รับ 29 ม.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 18 เม.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 25 เม.ย. 2567

Nursing Care for Pregnant Woman with Epilepsy

Kanokorn Srisomphan¹, Waleerat Traetulakarn¹, Chularat Howharn^{1*}

¹ Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract:

Pregnant women who have been diagnosed with epilepsy are categorized as pregnancies with a high level of risk. Nurses have a vital role in delivering care to prevent complications in pregnant women with epilepsy and their unborn babies. Preconception counseling is an essential aspect of nursing care for pregnant women who have epilepsy. An effective education program will provide pregnant women with epilepsy with the requisite knowledge and information. This allows pregnant ladies to conduct themselves in a suitable manner. Ensuring a pregnancy that is both safe and of high quality, free from any difficulties during birth, the postpartum period, or childrearing. Orem's nursing theory is a conceptual framework that prioritizes the improvement of one's ability to take care of oneself and the control of any deficiencies in self-care. Therefore, nurses who are providing care for pregnant women with epilepsy can utilize their theoretical knowledge in their nursing practice.

The case study involved women who were pregnant for the second time and did not plan to become pregnant. First visit at prenatal clinic at 13⁺¹ weeks of gestation. The nursing process is employed to deliver nursing care by incorporating Orem's theory. This involves analyzing the relationship between capability and self-care requirements to detect any deficiencies in self-care. Next, establish clear definitions for nursing diagnoses, execute nursing interventions, and evaluate nursing outcomes. This pregnant woman was found to have delivered a baby towards the end of her pregnancy. There are no challenges or complications in any aspect of pregnancy, childbirth, and the postpartum period.

Key words: Pregnant woman, Epilepsy, Nursing care

*Corresponding e-mail: howharn@gmail.com

Received: January 29, 2024; Revised: April 18, 2024; Accepted: April 25, 2024

บทนำ

โรคลมชักหรือโรคลมบ้าหมูเป็นภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่พบได้ในประชาชนทั่วไปและหญิงตั้งครรภ์ โดยในหญิงตั้งครรภ์พบว่าโรคลมชักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดในการตั้งครรภ์ (Li & Meador, 2022) จากงานวิจัยทบทวนขอบเขต (Scoping Review) ของโรคไม่ติดต่อของ Firoz, et al. (2022) โรคลมชักพบเป็นอันดับ 3 ของโรคไม่ติดต่อที่พบในหญิงตั้งครรภ์ โรคลมชักเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ (Morley, 2018) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลมชักเป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลมชักจะได้รับยากันชักซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตามพบว่าหากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลมชักสามารถควบคุมอาการได้ดีอาจจะคลอดทารกจะมีความพิการใด ๆ (Bangshaw, 2008) ผลจากการศึกษาวิจัยของ Chahed, et al. (2021) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติโรคลมชักมีการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.5 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 4.3 ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ร้อยละ 2 นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการใช้ยา Larnotrigine กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Chahed et al., 2021) โดยการศึกษาของ Chen, et al. (2017) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลมชักและได้รับยากันชักนั้นทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะการเจริญเติบโตช้าในครรภ์เป็น 1.28 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะชัก ส่วนการศึกษาที่ประเทศตุรกีพบว่าในมารดาที่มีโรคลมชักนั้นทารกมีภาวะการเจริญเติบโตช้าร้อยละ 3.7 มีการคลอดกำหนดร้อยละ 4.9 และร้อยละ 12.3 ต้องเข้าไปรักษาที่ภาวะทารกแรกเกิดวิกฤติ (Aydin & Bexsac, 2020) ส่วนทารกที่คลอดจากแม่ที่ได้รับยากลุ่ม Valproate ในระหว่างการตั้งครรภ์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการได้ร้อยละ 30-40 และคลอดรูปร่างผิดปกติ ร้อยละ 10 นอกจากนี้หากหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะชักจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และครอบครัว (Morley, 2018) โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักมีโอกาสเสียชีวิตเป็น 10 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีโรคลมชัก (Bangshaw, 2008) เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักคือต้องป้องกันไม่ให้เกิดอาการชักจนเกิดอันตรายต่อทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนั้นต้องดูแลการให้ยาป้องกันการชักเป็นอย่างดี ซึ่งยาในกลุ่มป้องกันการชักนั้นมีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดความพิการในทารก

เป้าหมายที่สำคัญของการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก คือ การให้ความรู้ที่ถูกต้อง หากหญิงตั้งครรภ์รับรู้คลาดเคลื่อนหรือรับรู้การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Coker, 2018) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องจะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง รวมทั้งสามารถลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก โดยเป็นกรณีศึกษาที่หยุดยากันชักเอง เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนร่วมกับสูติแพทย์และอายุรแพทย์ก่อนการตั้งครรภ์

โรคลมชักหรือโรคลมบ้าหมู (Epilepsy)

โรคลมชักเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานของร่างกาย สาเหตุของอาการชักยังไม่เป็นที่แน่ชัด อาจเกิดขึ้นจากการที่ไม่มีความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ความผิดปกติของอุณหภูมิ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การถอนแอลกอฮอล์ หรือสารพิษ อาการชักเกิดจากความผิดปกติของเซลล์ประสาทในสมองที่มีการปลดปล่อยคลื่นไฟฟ้าที่ผิดปกติ และ

ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความบกพร่องของจิตสำนึก ความรู้สึก หรือการทำงานของมอเตอร์ (Harden, et al., 2010) การแสดงอาการชักขึ้นอยู่กับตำแหน่งและจำนวนเซลล์ประสาทที่ผิดปกติ

อาการชักแบ่งได้เป็น (1) อาการชักจากสมอง (Generalized Seizures) ซึ่งเป็นอาการชักที่เกิดจากความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองอาจเกิดขึ้นจากจุดใดจุดหนึ่งในสมองและแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปยังสมองทั้ง 2 ด้าน (2) อาการชักจากส่วนหนึ่งของร่างกาย (Focal Seizure) เป็นอาการชักที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าสมองที่เกิดขึ้นจะเริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งของสมองด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ลักษณะอาการชักจะขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (3) กลุ่มอาการชักที่มีข้อมูลยังไม่เพียงพอที่จะบอกว่าเป็น Generalized หรือ Focal โดยอาการชักที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้แก่ Epileptic Spasms (ชักผวา) (Aunwong, 2016)

การดูแล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักต้องให้การดูแลแบบกลุ่มเสี่ยงสูง ยกเว้นหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เคยมีประวัติแสดงอาการชักเลยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา หรือหยุดยากันชักได้นานกว่า 5 ปี สามารถให้การดูแลแบบกลุ่มเสี่ยงต่ำได้ (Morley, 2018) นอกจากนั้นยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติชักมาก่อน อาจเกิดการชักซ้ำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด โดยเฉพาะสัปดาห์แรกหลังคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระดับฮอร์โมนในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อการดูดซึมยาและการขับยาออกจากร่างกาย ดังนั้นการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. ระยะตั้งครรภ์

1.1 รวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการรักษา รวมทั้งภาวะสุขภาพในปัจจุบัน จากการชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Bangshaw, 2008) การรวบรวมข้อมูลควรได้จากหญิงตั้งครรภ์ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และชุมชน หากไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนในครั้งเดียว ควรแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าในแต่ละครั้งจะรวบรวมข้อมูลในประเด็นใดบ้าง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้เตรียมข้อมูล การได้ข้อมูลครบถ้วนจะเป็นประโยชน์มากต่อการดูแล (Morley, 2018)

1.2 ปรีกษากับทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะสูติแพทย์และอายุรแพทย์ ในประเด็นการให้ยากันชัก (Bangshaw, 2008) และการรักษาอื่นๆ ทั้งนี้อาจจะต้องมีศัลยแพทย์ทางด้านประสาทอยู่ในทีมที่ทำการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก (Morley, 2018)

1.3 ในกรณีที่มารดาไม่มีอาการชักนานเกิน 2 ปี อาจพิจารณาหยุดยากันชักได้และหลังการหยุดยาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักนานมากกว่า 9-12 เดือนสามารถตั้งครรภ์ได้โดยที่โอกาสเกิดอาการชักในขณะการตั้งครรภ์มีต่ำ (Aunwong, 2016) เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดการชักได้ตลอดเวลา ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวว่าจำเป็นต้องคลอดที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Morley, 2018)

1.4 ยากันชักในกลุ่ม Sodium Valproate เป็นยาที่ทำให้ทารกมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความพิการสูงสุด ซึ่งความพิการที่พบได้ คือ พบว่าทารกมี IQ ต่ำ ทักชะการสื่อสารต่ำ และเกิด Autistic ได้สูง โดยยา Lomotrigine หรือ Levetiracetam เป็นยาที่มีความเสี่ยงต่ำน้อยที่สุด (Morley, 2018)

1.5 การดูแลโภชนาการระหว่างการตั้งครรภ์ ประกอบไปด้วย (1) โฟเลตมีความสำคัญต่อการพัฒนาสมองและไขสันหลัง ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคลมชักควรได้โฟเลตในปริมาณ 4-5 กรัมต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (Morley, 2018) (2) วิตามินเคจำเป็นสำหรับการแข็งตัวของเลือด ยาที่ใช้รักษาโรคลมชัก เช่น Phenytoin และ Carbamazepine อาจรบกวนระดับวิตามินเค ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยากันชักเหล่านี้ต้องได้รับวิตามินเคจากอาหารรวมทั้งในรูปแบบอื่นเพิ่มเติม (Harden, et al., 2010) (3) แคลเซียมมีความสำคัญต่อสุขภาพกระดูกทั้ง

ของมารดาและทารกในครรภ์ ยาที่ใช้รักษาโรคลมชักบางชนิด เช่น Phenytoin and Phenobarbital อาจรบกวนการดูดซึมและเมตาบอลิซึมของแคลเซียมและวิตามินดี หญิงตั้งครรภ์จึงจำเป็นต้องได้รับ แคลเซียมและวิตามินดีให้เพียงพอทั้งจากอาหารและรูปแบบอื่น (Veidy, et al., 2015) (4) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยากันชักควรหลีกเลี่ยงน้ำผลไม้เกรปฟรุต ผักใบเขียวเข้ม เนื่องจากอาจมีผลต่อ ประสิทธิภาพของยา (Tomson, 2006)

1.6 การดูแลเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน (Bangshaw, 2008; Morley, 2018)

1.6.1 ติดตามภาวะสุขภาพทั้งทางด้านกาย จิต จิตวิญญาณ ตลอดจนการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้การดูแลที่มุ่งเน้นที่การสนับสนุนการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

1.6.2 ติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงตาม กำหนด และอาจเพิ่มจำนวนครั้งตามความเหมาะสม

1.6.3 หากหญิงตั้งครรภ์ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ไม่ควรจัดให้พักห้อง เดี่ยว หรือหากจำเป็นต้องพักห้องเดี่ยว ต้องมีผู้ดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่ง กระตุ้นให้เกิดการชัก

1.6.4 หากหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะชักต้องส่งต่ออายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ

1.6.5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก อาจมีผลต่อการดูดซึมของยา กันชัก ดังนั้นต้องให้คำแนะนำ หรือ การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

1.6.6 ยา Pethidine มีผลต่อการลดความต้านทานต่ออาการชัก ดังนั้นต้องให้ยา นี้ด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้ยาเกินขนาด หรือหลีกเลี่ยงให้ยานี้โดยไม่จำเป็น

2. ระยะคลอด

หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชักมีโอกาสเกิดชักเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (Cooker, 2008) ดังนั้น ต้องปรึกษากับทีมสุขภาพถึงแนวทางคลอด ทั้งนี้การวางแผนผ่าตัดคลอดเป็นทางเลือกอันดับแรก อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการวางแผนในกรณีการคลอดฉุกเฉิน รวมถึงการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้การวางแผนคลอด ต้องพิจารณาพร้อมกับหญิงตั้งครรภ์และทีมสหวิชาชีพ (Li & Meador, 2022) ทั้งนี้ควรมีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญของการวางแผนคลอดจากแผนกตั้งครรภ์สู่แผนกห้องคลอดสู่แผนกหลังคลอด จะเห็นได้ว่าสมุด บันทึบสุขภาพมารดาและทารกจึงเป็นประโยชน์มาก

3. ระยะหลังคลอด

3.1 ปรึกษากับทีมสุขภาพในการให้ยากันชัก ซึ่งอาจต้องปรับขนาดยา และติดตาม ระดับยากันชักในกระแสเลือด

3.2 เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารกแรกเกิด

3.3 ให้คำแนะนำว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาปลอดภัยสำหรับมารดาและทารก และ เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพมารดาและทารก (Li & Meador, 2022)

3.4 แนะนำเรื่องการคุมกำเนิด ทั้งนี้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ปลอดภัยสำหรับ มารดาหลังคลอดที่มีโรคลมชัก ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด แผ่นแปะคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงคุมกำเนิด และหากมารดาหลังคลอดและครอบครัวไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มควรแนะนำให้ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวร (Li & Meador, 2022)

4. ระยะต่อเนื่อง

4.1 ให้คำแนะนำมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดว่าควรระมัดระวังอุบัติเหตุโดยเฉพาะ อย่างยิ่งหากมารดาเกิดการชัก ดังนั้นควรให้การดูแลทารกบนพื้น และการมาตรวจตามนัด

4.2 จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามภาวะสุขภาพของทั้งมารดาและทารก

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคคอมซิกนั้นการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่สำคัญโดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ความรู้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้อง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรมเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองต่อความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคคอมซิกจึงสามารถบูรณาการองค์ความรู้จากทฤษฎีมาใช้ได้ ดังรายละเอียดของทฤษฎีและกรณีศึกษาที่จะนำเสนอต่อไป

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) ความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) มีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังนี้ (Yip, 2021)

การดูแลตนเอง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง มีมโนทัศน์ที่สำคัญ ได้แก่ (1) มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-Care: SC) ซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง การที่บุคคลกระทำการดูแลตนเองนั้นต้องเป็นผู้ที่ต้องใช้พลังความสามารถในการกระทำที่จิตใจ ซึ่งมี 2 ระยะ คือ ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ และระยะการกระทำและผลของการกระทำ (2) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ (ก) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งแบ่งเป็นความสามารถที่จะรู้ และความสามารถที่จะกระทำ (ข) พลังความสามารถ และ (ค) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถในการคาดคะเน ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (3) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demand) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง พิจารณากิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ประกอบไปด้วย (ก) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (ข) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (ค) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพ และ (4) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นแนวคิดหลักที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ประกอบไปด้วย (ก) ความต้องการที่สมดุล (ข) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ ความต้องการมากกว่าความสามารถ ซึ่งความต้องการตาม (ก) และ (ข) ถือว่าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (No Deficit) ส่วน (ค) ถือว่าเป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งพร้อมบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

ระบบการพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ ปกป้อง และดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล แบ่งเป็น (1) ระบบทดแทนทั้งหมด ซึ่งผู้ที่ต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้คือ (ก) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง (ข) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกตและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ (ค) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง (2) ระบบทดแทนบางส่วน เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้คือ ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรคหรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง (3) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถกระทำได้ใน 5 วิธี คือ (ก) การกระทำให้หรือกระทำแทน (ข) การชี้แนะเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำ (ค) การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว (ง) การสอน ซึ่งเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ (จ) การสร้างสิ่งแวดล้อม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรมกับกระบวนการพยาบาลนั้น ในขั้นตอนของการวินิจฉัยปัญหานั้นพยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง หลักจากนั้นพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขั้นการวางแผนการพยาบาลนั้น เมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว พยาบาลจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล และกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาล ในขั้นปฏิบัติการพยาบาลนั้น เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายคือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

กรณีศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคลมชัก

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ครั้งที่สอง อายุ 29 ปี ให้ประวัติว่าไม่เคยมีการเจ็บป่วยรุนแรง บิดา-มารดาทั้งของหญิงตั้งครรภ์และสามีไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใดๆ

หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่าตั้งครรภ์แรกเมื่อ 10 ปีที่ผ่านมา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์ ฝากคลอดเนื่องจากศีรษะทารกมีขนาดโตกว่าช่องเชิงกราน และหมดแรงเบ่ง ทารกแรกเกิดปกติ ไม่มีอาการข้างเคียง ปัจจุบันบุตรแข็งแรงดี

เมื่อ 7 ปีที่แล้วได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ หมดสติ 1 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัดสมอง พักรักษาตัวที่โรงพยาบาล 1 เดือน หลังผ่าตัดมีอาการชัก อาการชักครั้งล่าสุดเกิดมาได้ 1 ปี จากการชักถามพบว่า เป็นลักษณะการชักแบบไม่รู้ตัว (Complex Partial Seizure) ได้ข้อมูลว่าแพทย์ให้ยากันชัก แต่ไม่

ทราบขนาดยา รับประทานตลอด เมื่อไปพบแพทย์ตามนัดไม่ได้มีตรวจพิเศษอื่นๆ เพิ่มเติม หยุดยากันชักเอง ได้นาน 6 เดือน เนื่องจากไม่มีการชักเกร็งแล้ว

หลังคลอดคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง พบว่าประจำเดือนขาดหายไป 3 เดือน จึงตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ผลพบว่าตั้งครรภ์จึงมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ได้รับการยืนยันว่าตั้งครรภ์ และได้รับการยืนยันจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่าอายุครรภ์ได้ 13⁺¹ สัปดาห์

ข้อมูลตามแบบแผนภาวะสุขภาพ ข้อมูลจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สามารถนำเสนอตามแบบแผนสุขภาพได้ดังนี้

แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าคุณเองเคยเกิดอุบัติเหตุ ได้รับการผ่าตัดสมอง เคยเกิดอาการชัก หมอให้ยากันชัก แต่หยุดยาเอง เพราะคิดว่าไม่มีอาการชักแล้ว แต่ไม่รู้ว่ามีผลอย่างไรต่อการตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวลกลัวบุตรพิการ สามีดื่มสุราและสูบบุหรี่ ตนเองกังวลว่าอาจจะส่งผลไม่ดีต่อลูก จึงบอกให้สามีเลิกดื่มสุราและสูบบุหรี่ ตอนนี้น้ำมีสูบบุหรี่น้อยลงแต่ยังไม่เลิกเด็ดขาด ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าตนเองตั้งใจจะมาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หลีกเลี่ยงการยกของหนัก และสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ตรวจร่างกายพบมีรอยแผลผ่าตัดที่ศีรษะข้างขวา ใบหน้าปกติ ตรวจร่างกายระบบอื่นๆ ไม่พบความผิดปกติ ตรวจช่องปากและฟันพบ คราบหินปูน และมีฟันผุ 3 ซี่ สัญญาณชีพปกติ มีชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/58 mmHg หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ภายหลังการตรวจที่แผนกฝากครรภ์ สูติแพทย์ได้ส่งพบอายุรแพทย์ ซึ่งอายุรแพทย์ให้ยา Levetiracetam ขนาด 500 มิลลิกรัม กินสองเวลาหลังอาหาร เจาะเลือดส่งตรวจทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี พบว่าไม่มีภาวะซีด ไม่มีภาวะธาลัสซีเมีย ไม่มีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลปัสสาวะปกติ

แบบแผนสุขภาพที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร หญิงตั้งครรภ์มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 26.29 กิโลกรัม/ตารางเมตร ในวันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกมีน้ำหนักลดไปจากก่อนการตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลว่าเมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์จะปรุงอาหารทานเองเช่นเดิม แต่จะเพิ่มผักและผลไม้ให้มากขึ้น ลดอาหารที่ไม่มีประโยชน์ เช่น ของหมักดอง น้ำอัดลม พยายามจะรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และเพิ่มนมจืดระหว่างมื้อ ดัชนีมวลกาย 26.29 กิโลกรัม/ตารางเมตร คำนวณค่าความต้องการพลังงานระหว่างการตั้งครรภ์ ได้เท่ากับ 1,620 กิโลแคลอรี/วัน การคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยกราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (Vallop Curve) คาดคะเนได้ว่าเมื่อคลอดทารกจะมีน้ำหนักอยู่ในช่วงมากกว่า 3,000 กรัม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าครั้งที่ 1 (เมื่ออายุครรภ์ = 13⁺¹ สัปดาห์) มีความเข้มข้นของเลือด 36.3%

แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย หญิงตั้งครรภ์ยังไม่มีปัญหาด้านการขับถ่าย รับรู้ว่าเมื่อตั้งครรภ์มีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น และรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น จึงไม่มีความลำบากในการขับถ่าย

แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย หญิงตั้งครรภ์มีอาชีพรับจ้าง แต่เมื่อตั้งครรภ์จึงพักงานมาเป็นแม่บ้าน มีกิจวัตรประจำวันคือการทำงานบ้าน เช่น ล้างจาน กวาดบ้าน ปรุงอาหาร โดยในเวลากลางวันจะพักผ่อนโดยการดูรายการทางโทรทัศน์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าออกกำลังกายด้วยการเดินรอบบ้านวันละ 10-15 นาที

แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่าก่อนการตั้งครรภ์ไม่มีปัญหาการนอนหลับ สามารถนอนตอนกลางคืนและมักตื่นในตอนกลางวันได้ เมื่อมีการตั้งครรภ์จะมีปัญหาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นบ่อยครั้งเนื่องจากต้องลุกมาปัสสาวะบ่อยครั้งในตอนกลางคืน

แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ หญิงตั้งครรภ์จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและได้ยิน สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เมื่อ

เจ็บป่วยไม่สบายจะมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่มาจากครรภ์เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่รับการรักษาเป็นประจำ

แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์ หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่ารู้สึกดีใจที่ตั้งครรภ์ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและครอบครัว ไม่กังวลกับรูปร่างที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไป แต่กังวลเรื่องบุตรในครรภ์

แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลพร้อมสามี สามีให้การดูแลตนเองเป็นอย่างดี มีทะเลาะกันเนื่องจากขัดแย้งกันบ้าง แต่ก็คืนดีกันในภายหลังได้ สามีช่วยทำงานบ้านบ้างเพราะไม่อยากให้ตนเองยกของหนัก เกรงว่าจะเป็นอันตรายต่อบุตรในครรภ์

แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ เต้านมและหัวนมเป็นปกติ ไม่มีอาการตกขาวที่ผิดปกติ ไม่ได้วางแผนว่าจะมีบุตรกี่คน เคยคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด หลังคลอดบุตรคนแรกเปลี่ยนมาใช้ถุงยางอนามัย หลังคลอดบุตรคนนี้วางแผนว่าจะทำหมัน แต่ยังไม่ได้ปรึกษาสามี

แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด หญิงตั้งครรภ์ให้ข้อมูลว่าไม่ค่อยคิดเล็กคิดน้อย ไม่ชอบเก็บเรื่องไม่สบายใจมาคิด เมื่อมีปัญหาจะจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองก่อน ถ้าเครียดจะปรึกษากับผู้มีประสบการณ์ ตอนนี้กังวลว่าอาการที่เป็นอยู่จะส่งผลต่อบุตรในครรภ์

แบบแผนสุขภาพที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ หญิงตั้งครรภ์กลัวเข็มกลัวไ่วที่เสื่อ ให้เหตุผลว่าช่วยกันสิ่งชั่วร้าย ไม่ให้มาทำร้ายบุตรในครรภ์ แม่ของสามีวางแผนจะให้อยู่ไฟหลังคลอดโดยนอนบนเตียงและมีเตาไฟไว้ได้เตียง

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 วิดกกังวลกลัวบุตรในครรภ์จะมีความผิดปกติเนื่องจากมีประวัติชักและหยุดยาเอง

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลอัตนัย: ให้ข้อมูลว่าเคยเกิดอุบัติเหตุทางรถยนต์ หดสติไป 1 สัปดาห์ ได้รับการผ่าตัดสมองเพื่อรักษา ให้ประวัติว่าเคยเกิดอาการชัก ได้รับยา แต่หยุดยาเอง เนื่องจากไม่เกิดอาการชักมา 1 ปีแล้ว ไม่มีความรู้ที่อาการที่เป็นอยู่ส่งผลต่อตัวเองและบุตรในครรภ์อย่างไร รวมทั้งความรุนแรงของภาวะเสี่ยงนั้น ไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์

ข้อมูลปรนัย: ตรวจร่างกายพบรอยแผลผ่าตัดที่ศีรษะข้างขวา

การวิเคราะห์ข้อมูล: หญิงตั้งครรภ์บอกความต้องการในการดูแลสุขภาพได้ มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่ต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสม จึงต้องการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เนื่องจากยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกับการรักษาโรคลมชักที่มีการหยุดยาเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการพยาบาล เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ไว้วางใจ และเชื่อมั่นในพยาบาล พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์เลือกสถานที่ในการให้คำปรึกษาและผู้ที่จะให้มาร่วมรับฟังคำปรึกษา

2. ชักประวัติ ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการชัก ได้แก่ อาการก่อนชักรวมถึงอาการนำและอาการเตือน รายละเอียดของอาการชักและอาการอื่นๆ ที่เกิดร่วม อาการหลังชัก ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่อาจจะเป็นสาเหตุของอาการชัก ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัวรวมทั้งการใช้ยาประจำและสารเสพติด ประวัติโรคลมชักและโรคทางพันธุกรรมต่างๆ ในครอบครัว (Aunwong, 2016)

3. ให้หญิงตั้งครรภ์ประเมินความเครียดตามแบบประเมิน (ST-5) ที่มีในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก โดยอธิบายการใช้แบบประเมิน เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ซักถามและให้เวลาในการทำแบบประเมิน หลังจากนั้นอธิบายความหมายของคะแนน ซึ่งหากได้ 8 คะแนนขึ้นไปหมายความว่ามีความเครียดในระดับสูง ควรซักถามหญิงตั้งครรภ์ว่าต้องการรับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์หรือไม่ หากได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด ทั้งนี้ให้บันทึกผลการประเมินและการให้คำแนะนำในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กด้วย

4. ตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ ทั้งนี้ในการประเมินชีพจร การหายใจ นั้นพยาบาลควรประเมินด้วยตนเอง และประเมินให้ครบ 1 นาทีเต็ม เพื่อประเมินจำนวนครั้ง ลักษณะการเต้นของชีพจร และลักษณะการหายใจ ได้อย่างครบถ้วน บอกผลการตรวจให้กับหญิงตั้งครรภ์ทราบพร้อมกับบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก การบอกผลการตรวจจะทำให้หญิงตั้งครรภ์และสมาชิกในครอบครัวรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ช่วยลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

5. ให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์ว่าการเกิดอาการชักนั้นไม่ส่งผลร้ายแรงต่อทารกในครรภ์ ยกเว้นการเกิดอาการชักนั้นทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดอุบัติเหตุที่ตัวมดลูก (Bangshaw, 2008) และหากหญิงตั้งครรภ์เกิดการชักจะต้องเริ่มต้นการนับการให้ยาชักให้ครบ 2 ปีใหม่ (Tiamkao & Tiamkao, 2021) โดยเฉพาะหากเกิดอาการชักในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอดและภาวะหลังคลอด จะไม่ส่งผลต่อความพิการของทารกในครรภ์ แต่อาจเกิดอุบัติเหตุได้ ดังนั้นต้องให้คำแนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยเฉพาะบริเวณที่หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นหลัก จัดบ้านไม่ให้สิ่งของที่ระคายเคืองให้เกิดอันตรายกับหญิงตั้งครรภ์หากเกิดอาการชัก พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการชักได้ นอกจากนั้นควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยารวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และให้ความรู้เรื่องผลของการตั้งครรภ์ต่อภาวะของโรค ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวโดยเน้นย้ำประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การให้คำแนะนำที่ถูกต้องครบถ้วนจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องว่าความพิการของทารกในครรภ์นั้นอาจเกิดจากปัจจัยใดบ้าง ซึ่งมีปัจจัยบางประการอาจเกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด ประเมินความรู้อีกครั้งภายหลังการให้คำแนะนำเพื่อให้มั่นใจว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การได้รับความรู้ที่ถูกต้องจะช่วยลดความวิตกกังวลได้

6. ซักถามอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และร่วมกับหญิงตั้งครรภ์และสมาชิกครอบครัวในการลดอุปสรรคที่อาจมี/มี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ได้ตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ไม่มีอุปสรรคด้านการเดินทางมาฝากครรภ์ตามนัดเนื่องจากมีรถยนต์ส่วนตัวและมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลใกล้บ้าน

7. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยากันชัก พร้อมการสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการได้รับยา ซึ่งยา levetiracetam ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับนั้นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ซึม มึนงง โดยผลข้างเคียงสำคัญที่ต้องพึงระวังคือ อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว อาการทางจิต (Aunwong, 2016) ให้ความมั่นใจกับหญิงตั้งครรภ์ว่ายา Levetiracetam ที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับนั้นสามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์ได้เป็นยากันชักรุ่นใหม่ที่นิยมใช้กันมาก เนื่องจากคุณสมบัติทางยาที่ดีส่งผลต่อผลการป้องกันการชัก ผลข้างเคียงที่พบบ่อยข้างต่ำเมื่อเทียบกับยากันชักชนิดอื่นๆ และเกิดปฏิกิริยากับอาหารหรือยาชนิดอื่นที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับน้อยมาก (Tiamkao & Tiamkao, 2021) พยาบาลตรวจสอบการพบอาการแพ้ทุกครั้งที่ให้ข้อมูลว่าหญิงตั้งครรภ์จะได้เข้าตรวจและรับการรักษาจากสูติแพทย์ทุกครั้งที่มาฝากครรภ์และสูติแพทย์จะส่งต่ออายุรแพทย์เพื่อได้รับยากันชักต่อไป

8. ให้ข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ที่หญิงตั้งครรภ์สามารถไปรับบริการได้ พร้อมให้คำแนะนำในการวางแผนการเดินทางหากเกิดกรณีฉุกเฉิน ที่ควรต้องรับมาโรงพยาบาลทันที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลอดีต: ให้ประวัติว่าเคยเกิดอาการชัก แต่หยุดยาเองเนื่องจากไม่มีอาการ ชักมาได้ 1 ปีแล้ว ให้ประวัติสามีสูบบุหรี่

ข้อมูลปรนัย: อายุครรภ์ 13⁺1 สัปดาห์จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ได้ยา levetiracetam

การวิเคราะห์ข้อมูล: หญิงตั้งครรภ์บอกความต้องการในการดูแลสุขภาพได้ มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเสี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่ต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสม จึงต้องการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เนื่องจากยังมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนกับ ผลของการดูแลรักษาโรคลมชักต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัว ชักถามการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคและความรุนแรงในกรณีที่สามีสูบบุหรี่ และชักถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมและ อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น พร้อมให้ความรู้เพิ่มเติม ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์รับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่มีโรคลมชัก และสามีสูบบุหรี่ซึ่งอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ และหากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนั้น เช่น อาจทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโต ช้า น้ำหนักน้อย จะทำให้หญิงตั้งครรภ์พร้อมจะปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ซึ่งพยาบาลจะได้ให้ คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวต่อไป

2. ให้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กพร้อมให้คำแนะนำในการใช้สมุด เน้นย้ำให้ศึกษา เนื้อหาในสมุดให้เข้าใจ หากมีข้อซักถามสามารถซักถามได้ทันที หรืออาจจะซักถามในครั้งต่อไปที่มาฝาก ครรภ์ได้ ทั้งนี้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กจะมีข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทั้งของ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เช่น โภชนาการ การสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของทารกในครรภ์ เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำในการสังเกตการดิ้นเป็นครั้งแรกของทารกในครรภ์ ให้มารดาบันทึก วันที่-เดือน ไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กได้ แนะนำหญิงตั้งครรภ์เพิ่มเติมว่าหลังจากที่รู้สึกทารกดิ้น แล้วให้สังเกตการดิ้นของทารกทุกวัน เมื่ออายุครรภ์ได้ 28 สัปดาห์ จึงเริ่มนับทารกดิ้นทุกวันและบันทึกลงในสมุดซึ่งจะมีหน้าสำหรับการบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์ใส่ไว้

4. แนะนำการใช้กราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (Vallop Curve) พร้อมสาธิตวิธีการใช้ ซึ่ง ขณะนี้พบว่าการคาดคะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ด้วยกราฟโภชนาการหญิงมีครรภ์ (Vallop Curve) คาดคะเนได้ว่าเมื่อคลอดทารกจะมีน้ำหนักอยู่ในช่วงมากกว่า 3,000 กรัม และให้หญิงตั้งครรภ์สาธิต ย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง หลังจากนั้นให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการสำหรับ หญิงตั้งครรภ์ พร้อมทั้งให้ความรู้จากค่าดัชนีมวลกายของหญิงตั้งครรภ์นั้นหญิงตั้งครรภ์ควรมีน้ำหนักขึ้น สัปดาห์ละ 0.5-0.7 กิโลกรัม แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าต้องการแคลอรีจากอาหารในแต่ละวันที่ 1,620 กิโล แคลอรี/วัน โดยให้คำอธิบายให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องของปริมาณพลังงานที่ต้องการ และ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาเสริมธาตุไอโอดีน (โดยทั่วไปคือให้ Triferdine) ให้งดเครื่องดื่มประเภท ชา-กาแฟ งดแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นแคลเซียมมีความสำคัญต่อสุขภาพกระดูกทั้งของมารดาและทารกใน

ครรภ์ แต่ยาที่ใช้รักษาโรคโลหิตจางที่ได้รับอาการบวมการดูดซึมและเมตาบอลิซึมของแคลเซียมและวิตามินดี (Veidy, et al., 2015) จึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยาแคลเซียมที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ และแต่ละวันให้มีอาหารที่เสริมแคลเซียม และไม่ควรรับประทานผักใบเขียวเข้มมากเกินไป เนื่องจากอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของยา (Tomson, 2006) โดยพยาบาลได้ให้ตัวอย่างเมนูอาหารพร้อมอาหารทดแทน นอกจากนั้นควรให้คำแนะนำเรื่องการอ่านฉลากอาหารเพื่อให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนผสมที่ไม่ควรรับประทาน เช่น ไขมันทรานส์ โดยยกตัวอย่างประกอบอาหารที่มีไขมันทรานส์ เช่น อาหารจำพวกทอด นมข้นหวาน ครีมเทียม อาหารที่มีข้าวสาลี เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก พาย ปาท่องโก๋ บะหมี่สำเร็จรูป

5. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการมาฝากครรภ์แต่ละครั้งจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพทั้งของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าเมื่ออายุครรภ์เข้าสู่ระยะที่สามของการตั้งครรภ์ (ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป) หญิงตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวคลอด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวางแผนผ่าตัดคลอด ให้คำแนะนำเรื่องการเตรียมตัวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์ว่ายาแก้ปวดที่ได้รับไม่มีผลต่อคุณภาพน้ำนมมารดา นอกจากนั้นทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสยากันชักจากน้ำนมแม่น้อยกว่าความเสี่ยงในมดลูก (Doyle, Geraghty & Folan, 2016) การที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดาถือเป็นการดีต่อภาวะสุขภาพของทารก

6. แนะนำให้สามีของหญิงตั้งครรภ์ไปปรึกษาเรื่องการลด/เลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาล หรือสถานที่อื่นที่สะดวกต่อการไปรับบริการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง เลือดออกในระยะตั้งครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

ข้อมูลอัตนัย: มีประวัติได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ ได้รับผ่าตัดสมอง มีโรคโลหิตจางในภายหลัง และหยุดยากันชักเอง

ข้อมูลปรนัย: ดัชนีมวลกาย 26.29 กิโลกรัม/ตารางเมตร พันธุกรรม 3 ชี

การวิเคราะห์ข้อมูล: หญิงตั้งครรภ์บอกความต้องการในการดูแลสุขภาพได้ มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเสี่ยงเบนทางด้านสุขภาพที่ต้องการการช่วยเหลือที่เหมาะสม จึงต้องการระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เนื่องจากยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยากันชักว่าการตั้งครรภ์น้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้นมีผลต่อการดูดซึมและการขับยาออกจากร่างกาย ซึ่งทำให้ทำลายยาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยากันชักที่ได้รับก่อนตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อภาวะเหงือกบวม (Aunwong, 2016) ซึ่งเหงือกบวมจะทำให้มีเลือดออกตามไรฟันได้ง่ายขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูล ตรวจร่างกาย รวมทั้งการตรวจลักษณะท่าทางและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การมองเห็น การตรวจรีเฟลกซ์ (Aunwong, 2016) และตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินอาการข้างเคียง รวมทั้งอาการและอาการแสดงอื่นๆ ที่บ่งบอกว่าหญิงตั้งครรภ์มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อน หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคโลหิตจางและหยุดยาเอง มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนและความพิการต่อทารกในครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ยังรับประทานยา (Morley, 2018)

2. ให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคโลหิตจางได้แก่ เลือดออกในระยะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูง ใช้ระยะคลอดยาวนานขึ้น และมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (Coker, 2008) ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์มีประวัติชักหรือหยุดยากันชักเองมีโอกาสเกิดการชักได้ 3-4

เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานยาต่อเนื่อง จึงให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์ คู่สมรส และสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติตัวที่บ้าน โดยเฉพาะหากเกิดภาวะชัก พร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกรณีฉุกเฉิน โดยอาจให้ความรู้ในการตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3 หรือ โรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 พร้อมทั้งให้ความรู้กับสามี และ/หรือสมาชิกในครอบครัวถึงวิธีการดูแลหากหญิงตั้งครรภ์เกิดอาการชักที่บ้าน

3. ให้คำแนะนำในการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นที่หญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้ด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การสังเกตอาการบวม และอาการผิดปกติอื่นๆ รวมทั้งอาการที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ระวังไม่ให้เกิดอาการไข้ เนื่องจากอาการไข้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมตาบอลิซึมของเซลล์สมองทำให้เซลล์สมองนั้นไวต่อการเกิดอาการชักได้มากขึ้น

4. หญิงตั้งครรภ์มีประวัติชักหรือหยุดยากันชักเองมีโอกาสเกิดการชักได้ 3-4 เท่า (Cooker, 2008) ร่วมกับหญิงตั้งครรภ์มีประวัติการผ่าตัดคลอด ดังนั้นการวางแผนการคลอดสำหรับรายนี้คือการผ่าตัดคลอด จึงให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ทั้งการเตรียมตัว การปฏิบัติตัวระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. แจ้งหญิงตั้งครรภ์ว่าในระยะหลังคลอด หญิงตั้งครรภ์จะได้รับข้อมูลการดูแลตนเองในระยะหลังคลอด โดยมีข้อมูลที่สำคัญคือการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการซึ่งแพทย์อาจจำเป็นต้องปรับขนาดยากันชัก ทั้งนี้พยาบาลหลังคลอดอาจวางแผนร่วมกับหญิงตั้งครรภ์ในการวางแผนการดูแลตัวเองและทารกในระยะหลังคลอด ส่วนในระยะตั้งครรภ์นั้นพยาบาลพิจารณาให้ความรู้ในไตรมาสที่ 3 หรือโรงเรียนพ่อแม่ครั้งที่ 2 โดยประยุกต์ใช้หลักการ D-Method ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Homphet, Kongsap & Sanbandit, 2023) ดังรายละเอียด

D: การให้ความรู้เรื่องโรคลมชัก สุขภาพของมารดาและทารกหลังคลอด

M: เรื่องยาที่จะได้รับทั้งยากันชัก และยาสำหรับแม่หลังคลอด ทั้งนี้ควรเน้นย้ำการที่ไม่หยุดยาเอง

E: การจัดสิ่งแวดล้อมที่วางแผนการเลี้ยงดูทารกในชั้นล่าง ไม่อยู่บนเตียง เพื่อป้องกันอุบัติเหตุหกล้มมารดาเกิดอาการชัก หลีกเลี่ยงบุหรี่ยรวมทั้งมือสองและมือสาม รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

T: การดูแลรักษาทั้งมารดาและทารก นอกจากการติดตามอาการในมารดาหลังคลอดแล้ว มีการติดตามอาการและอาการแสดงของทารกด้วย แนะนำว่าวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีโรคลมชัก คือ ห่วงคุมกำเนิดหรือห่วงอนามัย ยาคุมกำเนิดแบบฉีดหรือแบบฝังได้ผิวหนัง (Aunwong, 2016)

H: การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เน้นย้ำเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น แอลกอฮอล์ บุหรี่ (Aunwong, 2016)

O: เน้นย้ำเรื่องมาตรวจตามนัด และประสานงานกันสูติแพทย์และอายุรแพทย์ในการตรวจเลือดเพื่อระดับยากันชักในกระแสเลือด รวมทั้งประสานงานกับทันตแพทย์เพื่อนัดมารักษาฟันผุภายหลังคลอด

D: การรับประทานยากันชักไม่ได้เป็นข้อห้ามสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา (Aunwong, 2016) ดังนั้นควรให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสมที่ส่งผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดา และเหมาะสมต่อสุขภาพของมารดาหลังคลอด

สรุป

หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคโลหิตจางหรือโรคโลหิตจางต่ำนั้นเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ความรู้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้อง ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรมเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นที่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและตอบสนองต่อความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นพยาบาลและผดุงครรภ์ที่ให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคโลหิตจางจึงสามารถบูรณาการองค์ความรู้จากทฤษฎีมาใช้ได้

หญิงตั้งครรภ์ที่สองมีประวัติเกิดอาการชักหลังการผ่าตัดที่สมองเพื่อรักษาจากการเกิดอุบัติเหตุหยุดยักกันชักเองเนื่องจากไม่แสดงอาการชักมาประมาณหนึ่งปี เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนร่วมกับสูติแพทย์และอายุรแพทย์ก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้ไม่ได้รับยา Folic acid ก่อนการตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ได้ 13⁺¹ สัปดาห์ พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเอง รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลพบว่าจากการที่พยาบาลให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่เน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการสอนให้สาธิตย้อนกลับ และคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์คงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่าหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ผ่าตัดคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และระยะหลังคลอด สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ มารดาหลังคลอดขอคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวก่อนเพื่อให้มั่นใจว่าบุตรคนนี้สุขภาพแข็งแรง จึงค่อยพิจารณาการคุมกำเนิดชนิดถาวรในภายหลัง โดยเมื่อจำหน่ายกลับบ้านภายหลังคลอดได้รับการติดตามเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพยังไม่พบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น

ข้อเสนอแนะ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักรุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดการชักซ้ำในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอดโดยเฉพาะในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักควรเป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพและติดตามอย่างน้อย 2 ปีหลังคลอด และหากเป็นหญิงตั้งครรภ์แรกและวางแผนจะมีบุตรอีกการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติเป็นโรคโลหิตจาง

ในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาที่ไม่สามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ผ่านมา อาจจะเนื่องมาจากย้ายสถานที่รักษา รวมทั้งการที่ไม่ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการพยาบาลจึงต้องมุ่งเน้นระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยการให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็นและสำคัญ พร้อมทั้งจัดเตรียมสื่อให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ทบทวนการปฏิบัติตัว การบันทึกข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกับการป้องกัน

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคโลหิตจางที่เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ

References

- Aunwong, K. (Ed.). (2016). Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok, Tanapress. (In Thai).
- Aydin, E. & Beksac, M.S. (2020). Retrospective evaluation of pregnancy outcomes with maternal epilepsy. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 20-25.
- Bangshaw, J. (2008). Women with epilepsy and pregnancy: from preconception to the postnatal period. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 4(11), 532-537.
- Chahed, S., Bannour, B, Bannour I, Messaoudi, A, Khairi, H. (2021). Pregnancy and epilepsy: a retrospective study of 100 pregnancies. *European Journal of Public Health*. 31(supplement 3), iii550.
- Chen, D., Hou, L., Duan, X., Peng, H., Peng, B. (2017). Effect of epilepsy in pregnancy on fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*, 296, 421-427.
- Coker, D. (2008). Managing pregnancy in women with epilepsy. *Practice Nursing*, 19(12), 615-619.
- Doyle, L., Geraghty, S., Folan, M. (2016). Epilepsy in pregnancy: Pharmacodynamics and pharmacokinetics. *British Journal of Midwifery*. 24(12), 830-835.
- Firoz, T., Pineles, B., Navrange, N., Grimshaw. A., oladapo, O., Chou, D. (2022). Non-communicable diseases and maternal health: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 787. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05047-6>
- Harden, C.L., et al. (2010). Management issues for women with epilepsy-focus on pregnancy. *Neurology*, 74(2), 2010, pp. 142-149.
- Homphet, P., Kongsap, P., Sanbandit, N. (2023). Effectiveness of the discharge planning model for maternal methamphetamine abuse on knowledge and behavior in postpartum self-care, readmit and relapse in a tertiary care hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 26(1), 12-15.
- Li, Y., & Meador, K. J. (2022). Epilepsy and pregnancy. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 28(1), 34-54.
- Morley, K. (2018). Epilepsy in pregnancy: The role of the midwife in risk management. *British Journal of Midwifery* (26)9: 564-573.
- Tiamkao, S. & Tiamkao, S. (2021). Consideration for safety in using anticonvulsants generic name levetiracetam per oral. *Thai Journal of Neurology*, 37(1), 1-8. (In Thai).
- Tomson, T., et al. (2007). Therapeutic monitoring of antiepileptic drugs for epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 1.
- Veiby, G., et al. (2015). Intake of antiepileptic drugs in pregnancy: changes over a 30-year period. *Acta Neurologica Scandinavica*, 132(1) 2015: 49-56.
- Yip, J.Y.C. (2021). Theory-based advanced nursing practice: A practice update on the application of Orem's self-care deficit nursing theory. *SAGE Open Nursing*, 7: 23779608211011993. <https://doi.org/10.1177/23779608211011993>

ประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติ ต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติงาน

ปิยธิดา เฉียบแหลม¹, ธัญชนก ลีธีระ¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกปฏิบัติทำคลอดปกติโดยใช้หุ่นจำลองการทำคลอดครึ่งตัว กลุ่มทดลองได้รับการฝึกปฏิบัติทำคลอดปกติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล (ค่าความเชื่อมั่น .89) แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (ค่าความเชื่อมั่น .98) และแบบสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (ค่าความเชื่อมั่น .85) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และความเครียดระหว่างก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติโดยใช้การทดสอบทีแบบสัมพันธ์กัน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังเข้าร่วมการฝึกปฏิบัติทำคลอดปกติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.22, p<.001$ และ $t=4.81, p<.001$ ตามลำดับ) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.59, p<.001$)

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติสามารถเพิ่มความพร้อมและช่วยลดความเครียดก่อนการฝึกปฏิบัติงานได้ ดังนั้น อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ สามารถนำวิธีการเรียนจัดการเรียนการสอนรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในการเตรียมความพร้อม และพัฒนาทักษะทำคลอดปกติ ในนักศึกษาพยาบาล รวมถึงอาจนำไปเป็นแนวทางสำหรับการทำวิจัยในประเด็นอื่นที่สัมพันธ์กันต่อไป

คำสำคัญ: การคลอด, การฝึกปฏิบัติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง, ความเครียด, ทักษะทางคลินิก, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thunchanok.lee@mail.pbru.ac.th)

วันที่รับ 7 มี.ค. 2567, วันที่แก้ไขเสร็จ 23 เม.ย. 2567, วันที่ตอบรับ 29 เม.ย. 2567

The Effectiveness of Simulation-Based Learning for Normal Labor on The Readiness and Stress of Nursing Students before Internship

Piyathida Chiablam¹, Thunchanok Leetheera¹

¹Faculty Of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

Abstract:

The purpose of this quasi-experimental research was to evaluate the effectiveness of Simulation-Based Learning for normal labor on the readiness and stress of nursing students before internship. The sample group is Third-year Bachelor of Nursing Science students, divided into a control group and an experimental group, 23 patients per group. The control group received training by a half-body delivery dummy. The experimental group received training by simulation-based learning. Data were collected using a personal information questionnaire, confidence in nursing practice questionnaire (reliability .89), nursing skills assessment form (reliability .98), stress questionnaire (reliability .85). General data were analyzed using descriptive statistics. Compare differences in nursing practice skill scores, confidence in nursing practice, stress, and coping stress between before and after practice using a paired t-test and comparing between the experimental and control groups using an independent t-test. The results of the study found that the experimental group had an average score of nursing practice skills and confidence score after receiving training by simulation-based learning was significantly higher than before the experiment and was significantly higher than the experimental group ($t=8.22, p<.001$ and $t=4.81, p<.001$, respectively). The experimental group had a significantly lower stress score than the control group ($t=-10.59, p<.001$).

Simulation-Based learning for normal labor can increase readiness and help reduce stress before training in the delivery room. Therefore, nurse instructors can use this teaching method to preparation and develop normal childbirth skills in nursing students. In addition, the results of the study may be used as guidelines for further research on other related issues.

Keywords: Labor, simulation training, stress, clinical skills, nursing students

*Corresponding e-mail: thunchanok.lee@mail.pbru.ac.th

Received: March 7, 2024; Revised: April 23, 2024; Accepted: April 29, 2024

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลได้รับการกำกับคุณภาพโดยสภาการพยาบาล เพื่อให้การปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลมีความชัดเจนในขอบเขตการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการกระทำต่อร่างกายและจิตใจของมนุษย์ และได้กำหนดว่าผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้น 1 ต้องผ่านการสอบความรู้เพื่อการขอขึ้นทะเบียนทั้งหมด 8 รายวิชา โดยรายวิชาการผดุงครรภ์ เป็น 1 ใน 8 รายวิชาดังกล่าว (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะเริ่มเรียนรายวิชาการผดุงครรภ์ในชั้นปีที่ 3 มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาสามารถให้การพยาบาลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด และทารกแรกเกิดได้ ตลอดจนนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพ ซึ่งสิ่งสำคัญในการจัดการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลนั้น จะยึดหลักให้ผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด ดังนั้นกระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองตามธรรมชาติ และเต็มศักยภาพ เน้นการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลายในสถานการณ์จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายวิชาการผดุงครรภ์จะมุ่งเน้นการดูแลผู้คลอดให้สามารถคลอดเองได้ทางช่องคลอด เป็นบทบาทอิสระที่สำคัญที่ถูกกำหนดไว้อย่างชัดเจนในข้อบังคับสภาการพยาบาล ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีการฝึกฝนและเก็บประสบการณ์วิชาชีพในหัวข้อดังกล่าวจนเกิดความมั่นใจก่อนจบการศึกษา

ในอดีตการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนฝึกปฏิบัติประกอบด้วย การชี้แจงรายละเอียดการฝึกของรายวิชา และฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่จำเป็นบางทักษะ เช่น การตรวจครรภ์ การทำคลอดปกติ โดยใช้หุ่นจำลองการทำคลอดครั้งตัว โดยอาจารย์เป็นผู้สาธิตและให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับโดยอาจารย์เป็นผู้ควบคุมกำกับตลอดเวลา จากผลประเมินการจัดการเรียนการสอน พบว่า นักศึกษาขาดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ มีความวิตกกังวลและเครียดเมื่อต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์จริงที่แตกต่างจากการฝึกกับหุ่นในห้องฝึกปฏิบัติการ ตลอดจนไม่สามารถสื่อสาร ตัดสินใจ หรือแก้ไขสถานการณ์ได้ด้วยตนเอง ทำให้นักศึกษาขาดความมั่นใจเมื่อต้องฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ไม่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดของทารกมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ถึง 2564 จำนวนการเกิดมีชีพเท่ากับ 628,450 , 596,736 , 569,338 และ 526,469 คน คิดเป็นอัตรา 9.6, 9.1, 8.7 และ 8.1 (ต่อประชากร 1,000 คน) ตามลำดับ (Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2021) และอัตราการคลอดปกติทางช่องคลอดลดลง ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสเก็บประสบการณ์การทำคลอดปกติทางช่องคลอดที่ลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้การฝึกภาคปฏิบัติยังคงมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ เช่น ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติมีจำกัด การแบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติไปในสถานที่ต่าง ๆ ซึ่งบางแห่งอาจมีผู้รับบริการน้อย ทำให้นักศึกษามีโอกาสฝึกฝนประสบการณ์น้อยลง หากขาดการเตรียมความพร้อมมาก่อน และขาดความมั่นใจอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกเป็นอย่างมาก ซึ่งการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ผู้สอนควรสรรหาวิธีการจัดการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่จนเกิดทักษะ และความมั่นใจก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีการศึกษาจำนวนมากระบุว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-Based Learning) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติ สามารถช่วยเพิ่มคะแนนความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ความมั่นใจ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความพึงพอใจในการเรียนได้

(Chabkhunthod, Tasanoh, Kaewkunthon, & Pochana, 2020; Jamjang, Atthamatakul, Nilliaum, & Wongyara, 2021; Hung et al., 2021; Lertlum, Tanasansutee, Panawatthanapisuit, & Bumrungsri, 2019; Meeboon, Tumme, & Charoenpon, 2022; Pajohideh, Mohammadi, Keshmiri, Jahangirimehr, & Honarmandpour, 2023) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการจัดการเรียนรู้ในสภาพแวดล้อมจำลองภายใต้สถานการณ์ที่สมจริงโดยให้ผู้เรียนมีเสรีภาพในการคิดและแสดงออก แม้ว่าจะเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องหรือเหมาะสม ซึ่งผู้สอนมีหน้าที่ช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนคิดเรียนรู้จากข้อผิดพลาดจนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงผลที่อาจตามมาจากการกระทำนั้น เพื่อให้สามารถ "ทำได้ถูกต้อง" เมื่อผู้เรียนต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Meakim, Boese, Decker, FAAN, Franklin, Gloe, et al., 2013) ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์เสมือนจริง จะเป็นความรู้ที่คงทนมากกว่าความรู้ที่ได้จากการบรรยาย (Jeffries & Rogers, 2007) มีการศึกษาพบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีผลลัพธ์เชิงบวกต่อการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนที่มีพื้นฐานความรู้เดิมสูงจะได้รับประโยชน์มากขึ้นจากขั้นตอนของการสรุปความคิดรวบยอด (Debrief) และผู้เรียนที่มีพื้นฐานความรู้เดิมต่ำจะสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนผ่านการสะท้อนคิดจากผู้สอน (Chernikova, et al., 2020) นอกจากนี้ยังได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดในการพยาบาลได้ ซึ่งเป็นวิธีการเรียนการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้คิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ ตลอดจนฝึกฝนการปฏิบัติการพยาบาลจนเกิดความมั่นใจเพื่อหลีกเลี่ยงความเสียหายที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในอนาคต (Sarfati et al., 2019) ทั้งนี้ความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้ในห้องปฏิบัติการซึ่งมีการฝึกอบรมตามสถานการณ์จำลอง โดยความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อม (Stress as a Transaction) พัฒนาโดยนักจิตวิทยา Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลจะตอบสนองตามผลของการประเมินสถานการณ์ที่เข้ามา ว่าเป็นภาวะอันตรายสูญเสีย คุกคาม หรือทำลาย ซึ่งสถานการณ์ความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ความเครียด เช่น กังวล กลัว โกรธ รู้สึกผิด และเศร้า เป็นต้น และยังกล่าวไว้อีกว่าธรรมชาติของความเครียดนั้นเป็นปฏิกิริยาที่ทำให้มนุษย์สามารถทำในสิ่งที่ยากเกินกว่ากำลังสติปัญญาความสามารถในเวลาปกติจะทำได้ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญของมนุษย์ที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิต หากรู้จักควบคุมให้อยู่ในกรอบของความพอดี จากการศึกษาของ Cavaleri et al (2023) พบว่า กลุ่มที่มีความเครียดต่ำแสดงให้เห็นถึงทักษะการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีกว่ากลุ่มที่มีความเครียดสูงอย่างมีนัยสำคัญ โดยความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทักษะที่แย่งลง

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนในระหว่างการฝึกอบรมโดยใช้สถานการณ์จำลองอาจช่วยสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ โดยบุคคลที่เมื่อเผชิญความเครียด การจะเกิดการตัดสินใจทางอารมณ์จากสถานการณ์ที่ต้องเผชิญว่าเป็นอันตราย เป็นภาวะคุกคาม เป็นความทำลาย หรือเป็นประโยชน์ ซึ่งหากตัดสินใจว่าสถานการณ์นั้นเป็นอันตรายแต่สามารถที่จะควบคุมได้ และเกิดประโยชน์ต่อตนเองมากกว่า จะนำไปสู่การเรียนรู้และการตัดสินใจทางคลินิกที่เพิ่มมากขึ้น (Andreatta, Hillard, & Krain, 2010) นักศึกษาที่สามารถเลือกใช้วิธีการที่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ความเครียดอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้สามารถลดความเครียด และเกิดการนำองค์ความรู้กระบวนการพยาบาลจากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้จริงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองนั้นจึงเป็นอีกหนึ่งแนวทางที่เป็นวิธีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ที่จะสามารถเตรียมความพร้อมและพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะ มีความมั่นใจในตนเอง ลดภาวะความเครียด สามารถเผชิญกับสถานการณ์ และมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (Oh & Han, 2011; Sinthuchai, & Ubolwan, 2017) จากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาจึงมุ่งเน้นการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วย

สถานการณ์เสมือนจริงในผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการคลอดปกติซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลวิชาชีพ และยังไม่มีการอธิบายอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับผลต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงในการคลอดปกติต่อความพร้อมและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งมีความจำเป็นและมีประโยชน์ในนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาหลักสูตรด้านการสอนให้แก่ นักศึกษา ก่อนการฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

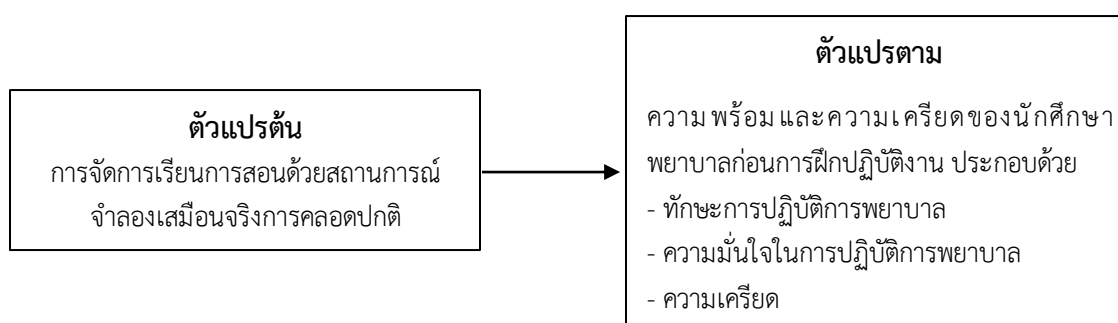
1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจ และความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจ และความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยรูปแบบดั้งเดิม

สมมติฐานวิจัย

หลังการเข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจ สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยรูปแบบดั้งเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ Jeffries and Rogers (2007) โดยเชื่อว่า บุคคลจะเกิดการเรียนรู้เมื่อผ่านประสบการณ์ต่างๆ และสามารถสรุป จัดทำเป็นความคิดรวบยอดเพื่อนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์ใหม่ได้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม 2) การสะท้อนคิดต่อประสบการณ์นั้น 3) การสร้างความคิดรวบยอด และ 4) การนำความคิดรวบยอดที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงหรือในสถานการณ์ใหม่ ซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และช่วยให้นักศึกษาสามารถลดความเครียดได้ มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study)

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ศึกษารายวิชาปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 รวมจำนวน 76 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ที่ศึกษารายวิชาพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาล 2) ผ่านการเรียนการคลอดปกติภาคทฤษฎี และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนด และ 2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดขนาดอิทธิพลของการทดสอบ จากการศึกษาของ Pajohideh et al. (2019) ได้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ .78 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Gray and Grove, 2020) ได้จำนวนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 23 คน รวม 46 คน ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบ Block of six จากเว็บไซต์ www.random.org แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามที่ได้ทำการสุ่มเพื่อฝึกการคลอดปกติตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การจัดการเรียนการสอนสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมความพร้อม การฝึกปฏิบัติ และการสรุปการเรียนรู้ ดังนี้

การเตรียมความพร้อม (Pre - Briefing) เป็นขั้นตอนของการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม วัตถุประสงค์ กฎเกณฑ์ที่นักศึกษาต้องปฏิบัติตาม หุ่นจำลอง อุปกรณ์การทำคลอด รวมถึงการให้ข้อมูลภายในสถานการณ์จำลอง เช่น อาการของมารดาและทารก ได้แก่ มารดามีลมเบ่ง กลั้นไม่ได้ คล้ายอยากถ่ายอุจจาระ ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ คอว่าหน้า คางชิดอก (Vertex Presentation) ในลักษณะกระดูกท้ายทอยอยู่ชิดด้านหน้าของช่องเชิงกรานด้านขวา (Right Occiput Anterior; ROA) หรือด้านหน้าของช่องเชิงกรานด้านซ้าย (Left Occiput Anterior; LOA) และตอบข้อซักถามของนักศึกษา ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 5 นาที

การฝึกปฏิบัติ (Scenario) จะเป็นขั้นตอนของการให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการทำคลอดภายในสภาพแวดล้อมและสถานการณ์จำลองที่ถูกพัฒนาขึ้น โดยในระหว่างนั้นนักศึกษาจะต้องประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทำคลอดตลอดเวลา จะต้องประเมินจากสถานการณ์ว่าทารกอยู่ในสถานะใด และจะต้องทำการแก้ปัญหาอย่างไร เนื้อหาประกอบด้วย 1) การประเมินอาการที่แสดงว่าเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอด และการเตรียมอุปกรณ์ทำคลอด 2) การแต่งกายเพื่อทำคลอด 3) เตรียมร่างกายผู้คลอด 4) การควบคุมฝีเย็บและทำคลอดศีรษะทารก 5) การหมุนศีรษะทารก เช็ดตาและดูดเสมหะ 6) การทำคลอดไหล่และลำตัว 7) การหนีบและตัดสายสะดือ 8) การทำคลอดรก ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 10 นาที

การสรุปการเรียนรู้ (Debriefing) เป็นส่วนของการสรุปผลการฝึกปฏิบัติ จากการกระทำใดๆ ก็ตามที่นักศึกษาตัดสินใจทำระหว่างการฝึก เช่น ความรู้สึกขณะฝึกปฏิบัติ การตัดสินใจระยะเวลาที่ใช้ ลำดับของวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการที่ใช้ในระหว่างการฝึก ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 20 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ย
2. แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสังเกตและประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการทำคลอดปกติ จำนวน 8 หัวข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึง ปฏิบัติได้สมบูรณ์ 3 หมายถึง ปฏิบัติ แต่ไม่สมบูรณ์ และ 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง คะแนนต่ำ มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
3. แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับสูง คะแนนต่ำหมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
4. แบบสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความเครียดทางคลินิกของพากานา (Pagana, 1989) แปลและดัดแปลงโดย Ruchanantakul (1998) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินระดับความเครียด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เครียดเลย เครียดเล็กน้อย เครียดปานกลาง เครียดมาก และเครียดมากที่สุด ให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ 2) แบบประเมินการตัดสินใจว่าเกิดจากการประเมินการตัดสินใจว่าเป็นภาวะคุกคาม (Threat) จำนวน 6 ข้อ ทำทาย (Challenge) จำนวน 5 ข้อ อันตราย (Harm) จำนวน 5 ข้อ และเป็นประโยชน์ (Benefit) จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลระดับชำนาญการ 1 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ พบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ 1 แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล เท่ากับ .93 นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้จำนวน 10 ราย พบว่า แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นระหว่างประเมิน (Intra-Rater Reliability) ระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ .98 และแบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล คำนวณโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และแบบประเมินความเครียด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ โดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการประเมินผลการศึกษาในรายวิชา โดยข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย และให้ลงนามยินยอมในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการวิจัยในนักศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเริ่มดำเนินการวิจัยในนักศึกษาในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

5. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสาธิตการทำคลอดปกติ และตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 40 นาที หลังจากนั้นมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนทักษะการคลอดปกติด้วยตนเอง โดยใช้หุ่นจำลองการทำคลอดครั้งตัวเป็นเวลา 1 วัน ในวันถัดไปผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เวลารายละ 15 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสาธิตการทำคลอดปกติ และฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่ได้รับการออกแบบให้มีการแสดงการคล้ายมนุษย์ และใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการควบคุม เช่น หุ่นสามารถโต้ตอบกับผู้เรียน วัตถุประสงค์เรียนรู้ได้ และสามารถควบคุมให้ทารกคลอดจากตัวหุ่นได้อัตโนมัติ โดยฝึกปฏิบัติเป็นรายกลุ่ม (กลุ่มละ 5 ราย) ใช้เวลา 50 นาที กลุ่มตัวอย่างที่รอเข้าฝึกประสบการณ์ได้รับมอบหมายให้สังเกต จดบันทึก และเข้าร่วมสะท้อนคิดในขั้นตอนการสรุปผลการฝึกปฏิบัติ หลังจากนั้นมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนทักษะการคลอดปกติด้วยตนเองเป็นเวลา 1 วัน ในวันถัดไปผู้วิจัยประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสังเกตทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เวลารายละ 15 นาที

6. ภายหลังการฝึกปฏิบัติ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความมั่นใจการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

7. ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น กรณีที่คะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 70 (28 คะแนน) ผู้วิจัยจะแนะนำ และให้การช่วยเหลือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 70 และผู้วิจัยเสริมประสบการณ์ให้กับกลุ่มควบคุม โดยเปิดโอกาสให้เข้ารับการฝึกปฏิบัติการทำคลอดปกติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจการปฏิบัติการพยาบาล และความเครียด ระหว่างก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ โดยการทดสอบกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ จึงใช้การทดสอบที่แบบสัมพันธ์กัน (Dependent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 002/2567 ณ วันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ หรือขอยุติการร่วมวิจัย การทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามคณะผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และคณะผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมจะขอให้ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 22.70 ปี (SD.=3.10) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.31 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 69.57 เกรดเฉลี่ยสะสม 3.14 (SD.= .27) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 21.91 ปี (SD.=1.76) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.96 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.91 เกรดเฉลี่ยสะสม 3.08 (SD.= .21) โดยผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์เอกแซค และสถิติการทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ จากการทดสอบทางสถิติด้วย Dependent t-test

การเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการฝึกปฏิบัติการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (Mean=31.96, SD.=1.61) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=22.61, SD.=1.58) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-36.48, p\text{-value}<.001$) คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจการปฏิบัติการพยาบาล (Mean=63.48, SD.=5.34) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=49.04, SD.=7.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.80, p\text{-value}<.001$) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดหลังการทดลองพบว่า (Mean=1.09, SD.= .51) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=2.74, SD.= .75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.23, p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจการปฏิบัติการพยาบาลและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง (n=23)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	22.61	1.59	31.96	1.61	-36.48***	.000
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล	49.04	7.20	63.48	5.34	-10.80***	.000
ความเครียด						
ระดับความเครียด	2.74	.75	1.09	.51	10.23***	.000
ภาวะคุกคาม	9.78	5.32	4.91	4.33	6.68***	.000
เป็นความท้าทาย	11.83	2.42	14.35	3.29	-6.52***	.000
เป็นอันตราย	4.78	3.56	2.83	3.11	4.56***	.000
เป็นประโยชน์	8.91	2.78	12.52	2.37	-7.19***	.000

***p-value<.001

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (Mean=31.96, SD.=1.61) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=27.96, SD.=1.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.22, p<.001$)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล (Mean=63.48, SD.=5.34) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=54.91, SD.=6.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.81, p<.001$)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด พบว่า หลังทดลอง ความเครียดของกลุ่มทดลอง (Mean=1.09, SD.=.51) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=2.65, SD.=.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.59, p<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	31.96	1.61	27.96	1.70	8.22***	.000
ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล	63.48	5.34	54.91	6.65	4.81***	.000
ความเครียด						
ระดับความเครียด	1.09	.51	2.65	.48	-10.59***	.000
ภาวะคุกคาม	4.91	4.33	10.70	4.46	-4.45***	.000
เป็นความท้าทาย	14.35	3.29	11.43	2.11	3.57***	.000
เป็นอันตราย	2.83	3.11	5.43	3.34	-2.74***	.000
เป็นประโยชน์	12.52	2.37	8.87	2.72	4.85***	.000

***p-value<.001

อภิปรายผล

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=-36.48, p\text{-value}<.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยรูปแบบดั้งเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.22; p<.001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นกระบวนการการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อม (Pre-Brief) 2) การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (Scenario) และ 3) การสรุปการเรียนรู้ (Debrief) ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติผ่านประสบการณ์ต่างๆ ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง และสามารถสะท้อนคิด สรุป จัดทำเป็นความคิดรวบยอด เพื่อนำไปปรับปรุงทักษะการปฏิบัติในสถานการณ์จริง หรือสถานการณ์ใหม่ได้ (Jeffries & Rogers, 2007) โดยผู้สอนมีหน้าที่กระตุ้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยจัดสถานการณ์เลียนแบบของจริง กระตุ้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยการแก้ปัญหา ได้ใช้ทักษะกระบวนการคิดและการตัดสินใจจากสถานการณ์นั้น ๆ (Marapen, Boonkhum, & Khieowwichai, 2021) และมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับทักษะที่ต้องปรับปรุงให้เหมาะสม คล่องแคล่ว ถูกต้อง ตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง สามารถทบทวน และฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในทักษะที่ถูกต้องและผิดพลาด ได้สะท้อนคิดเพื่อพัฒนาตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วย

หลีกเลี่ยงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยจริงในอนาคต (Sarfati, 2019) สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Chernikova, 2020; Lertlum et al., 2019; Pajohideh et al., 2023) ที่พบว่า ภายหลังการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนฝึกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t=-10.80$, $p\text{-value} < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยรูปแบบดั้งเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.81$, $p < .001$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในขั้นตอนการเตรียมความพร้อม (Pre-Brief) ผู้สอนแนะนำหุ่น อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ กติกาในการเรียน และอธิบายให้ทราบว่า การฝึกปฏิบัติครั้งนี้เป็นการกระทำกับหุ่นจำลองซึ่งไม่ก่อให้เกิดอันตราย ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนกล้าคิดและตัดสินใจ และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทบทวนความรู้และมอบหมายบทบาทหน้าที่ในสถานการณ์จำลองด้วยความสนใจ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (Scenario) ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คิด ไตร่ตรอง วางแผน และตัดสินใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยไม่ครอบงำและปิดกั้นความคิดหรือความสามารถทางปัญญา ทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีอิสระ กล้าตัดสินใจ และมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น (Chernikova et al., 2020) และขั้นตอนการสรุปการเรียนรู้ (Debrief) ผู้สอนจัดให้ผู้เรียนกลุ่มที่ปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงและกลุ่มสังเกตการณ์ร่วมการสรุปผลการปฏิบัติ โดยใช้คำถามเพื่อกระตุ้นในการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่จะนำไปปรับใช้ในการฝึกปฏิบัติต่อไป แนวทางการสะท้อนคิดประกอบด้วย การสะท้อนคิดอย่างปลอดภัยและส่งเสริมการเรียนรู้ เน้นให้ผู้เรียนวิเคราะห์กระบวนการปฏิบัติแทนการวิเคราะห์ข้อผิดพลาดของบุคคล จะช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจ และสนับสนุนให้กำลังใจร่วมกัน ผู้สอนให้คำแนะนำที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจโจทย์สถานการณ์อย่างชัดเจนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ได้รับทราบประเด็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจอย่างถูกต้อง และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ลักษณะการปฏิบัติทั้งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองอย่างรอบคอบ (Hung et al., 2021, Nohkaew, 2015) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริง สามารถทบทวน และฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถูกต้องและผิดพลาด ได้สะท้อนคิดเพื่อพัฒนาตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ซึ่งการฝึกฝนจนเกิดความมั่นใจจะช่วยหลีกเลี่ยงความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยจริงในอนาคต (Sarfati, 2019) สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Chabkhunthod et al., 2020; Hung et al., 2021; Jamjang et al., 2021; Meeboon et al., 2022; Pajohideh et al., 2023) ที่พบว่า ภายหลังการฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนฝึกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในตนเอง และช่วยเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง ขณะฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยได้

3. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังจากที่เข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($t=10.23$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอดปกติด้วยรูปแบบดั้งเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-10.59$, $p < .001$) จึงสามารถอธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในขั้นตอนแรกผู้สอนจะมีการเตรียมความพร้อม (Pre-Brief) นักศึกษาก่อนเข้าร่วมสถานการณ์เสมือนจริง โดยการสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยทางจิตใจ (Psychological Safety) เพื่อให้รู้สึกสบายใจ

ที่จะแสดงความคิดโดยไม่รู้สึกอึดอัดหรือกลัวผลกระทบ การรักษาความลับของเพื่อนที่แสดงการปฏิบัติในสถานการณ์ การไม่ล้อเลียนเพื่อนโดยเฉพาะในกรณีที่มีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง รวมไปถึงเปิดโอกาสให้มีการซักถาม และตอบคำถามจากผู้เรียน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและบรรยากาศในการเรียนรู้ที่ปลอดภัยทางจิตใจ (Lewis et al., 2017; INACSL Standards Committee et al., 2021) สามารถลดความตึงเครียดก่อนเริ่มสถานการณ์เสมือนจริงได้ สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการจัดการเรียนการสอนการคลอตกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริงที่สามารถช่วยลดระดับความเครียดได้ในกลุ่มทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอตกติด้วยรูปแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อนักศึกษาเกิดความมั่นใจ ในความสามารถทางการพยาบาลของตนเองเพิ่มมากขึ้น ภายหลังการเข้าร่วมสถานการณ์เสมือนจริงสามารถลดความเครียดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา (Nochit, Yotthongdi, Leksanga, & Manfak, 2020; Srinon et al., 2022) ที่กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดในนักศึกษาพยาบาล ว่าเกิดจากการกลัวการประเมินของอาจารย์ผู้สอน ความกลัวในการล้มเหลว และขาดความมั่นใจในความรู้และทักษะการปฏิบัติของตนเอง

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาการประเมินความเครียดในแต่ละด้าน ว่าเกิดการตัดสินใจทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฝึกปฏิบัติอย่างไร พบว่า นักศึกษาประเมินว่าสถานการณ์หรือเหตุการณ์นี้ เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตราย ของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ สอดคล้องกับหลายการศึกษา (Andreatta, Hillard, Krain, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Oh & Han, 2011; Sinthuchai, & Ubolwan, 2017) ที่พบว่า บุคคลเมื่อต้องอยู่ในสภาพหรือเหตุการณ์ที่ตนเองประเมินว่า เป็นภาวะคุกคามหรือเป็นอันตราย จะทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจได้สูง ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในการประเมินตัดสินใจ และมีผลทำให้ความสามารถในการเผชิญความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นลดลงได้ นั่นก็คือความรู้สึกรู้สึกเครียดเข้ามาแทนที่และรบกวนกระบวนการคิด การตัดสินใจ และมีการขัดขวางต่อการประเมินตัดสินใจต่อเหตุการณ์นั้น ทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง (Lazarus & Folkman, 1984) ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนการคลอตกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ในช่วงการสรุปการเรียนรู้ (Debrief) สามารถช่วยลดระดับการรู้สึกเป็นภาวะคุกคามหรือเป็นอันตรายได้ในกลุ่มทดลอง และค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมการเรียนการสอนการคลอตกติด้วยรูปแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทางตรงกันข้ามการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงยังสามารถเพิ่มกระบวนการการเรียนรู้ ภายหลังการทดลอง นักศึกษาประเมินว่าเป็นความท้าทาย และเป็นประโยชน์ โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับศึกษา (Lazarus & Folkman, 1984; Andreatta, Hillard, Krain, 2010; Oh & Han, 2011) พบว่า บุคคลจะพิจารณาว่า เหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีและมีประโยชน์กับสวัสดิภาพของตนเองถึงแม้ว่าจะเป็นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายและทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สามารถที่จะสรุปผลได้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงสามารถที่ลดความเครียดได้

จากข้อสรุปทั้งหมดพบว่า การจัดการเรียนการสอนการคลอตกติด้วยสถานการณ์เสมือนจริง ช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ความมั่นใจ และช่วยลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาลได้ก่อนการฝึกปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้รับผิดชอบบรรยายวิชาออกแบบและพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงการคลอดปกติ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่ นักศึกษาพยาบาลทุกรายก่อนการฝึกปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การชี้แจง ผู้เรียนให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการเรียน ผลลัพธ์ที่ต้องการ บทบาทของผู้เรียน หุ่นและอุปกรณ์ สถานการณ์เสมือนจริง จากนั้นให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ที่กำหนดโดยการแสดงบทบาทอิสระ และเข้าร่วมการสะท้อนคิดเพื่อสรุปการเรียนรู้ เพื่อช่วยพัฒนาทักษะ ความมั่นใจ และช่วยลดความเครียด ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงในประเด็นอื่นที่สัมพันธ์ กันต่อไป เช่น จัดการเรียนการสอนในมารดาทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน ทั้งด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ หรือ จัดการเรียนการสอนในรายวิชาอื่นทางการพยาบาล เป็นต้น

References

- Andreatta, B.P., Hillard, M., and Krain, P.L. (2010). The impact of stress factors in simulation-based laparoscopic training. *Surgery*, 147(5), 631-639.
- Cavaleri, R., Withington, A., Chalmers, K.J. and Blackstock, F. (2023). The Influence of Stress on Student Performance during Simulation-based Learning. *Anxiety and learning in Physiotherapy Simulation-based Education*, 4(4), 474-489.
- Chabkhunthod, P., Tasanoh P. E., Kaewkunthon, N. & Pochana, R. (2020). Effects of Simulation Based Learning Model on Knowledge, Self-Efficacy and Abilities of Applying Nursing Skills for Mothers and Infants in the perinatal period. *Journal of Health Science*, 29(6), 1062-1072. (in Thai)
- Chernikova, O., Heitzmann, N., Stadler, M., Holzberger, D., Seidel, T., & Fischer, F. (2020). Simulation-Based Learning in Higher Education: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 90(4), 499-541.
- Gray, J. R., and Grove, S.K. (2020). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 9th ed. United States: Elsevier.
- Hung, C. C., S. H. F., Liu, H. C., Liang, H. F., Chu, T. P., & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived competence, self-efficacy, and learning satisfaction: A repeat measurement method, *Nurse Education Today*, 97, 104725.
- Jamjang, S., Atthamatakul, W., Nilliaum, R., & Wongyara, N. (2021). The Effects of Simulation-Based Learning on Problem Solving Ability, and Self-confidence in Nursing Care on The Patient with Health Problem of Nursing Students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(3), 178-194. (in Thai)

- Jeffries, P. R., and Rogers, K. J. (2007). Theoretical framework for simulation design. In Jeffries, P. R. (eds.), *Simulation in Nursing Education: From Conceptualization to Evaluation*. National League for Nursing. New York: 21-33.
- Lazarus R.S. and Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer: New York.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1987). *Transactional theory and research on emotions and coping*. Springer: New York.
- Lertlum, L., Tanasansutee, C, Panawatthanapisuit, S. & Bumrungsri, C. (2019). Development of a Simulation-Based Learning Model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6, 43-58. (in Thai)
- Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., Holzer, H., Lyman, L., Smith, C., Thompson, T. M., Wallace, A., & Gliva-McConvey, G. (2017). The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Advances in simulation*, 2, 10.
- Marapen, R., Boonkhum, W., & Khieowwichai, K. (2021). Effects of learning management using simulated patients in virtual situations in teaching about health care at home. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 125-139. (in Thai)
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., FAAN, A., Franklin, A. E., Gloe, D., et al. (2013). Standards of best practice: simulation standard I: terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), S3-S11. doi: 10.1016/j.ecns.2013.04.001
- Meeboon, S., Tummee, S. & Charoenpon, S. (2022). Development of Nursing Students' Preparation Model for Principles and Techniques in Nursing Practicum through Simulation-based Learning Ward. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 5(1), 147-161. (in Thai)
- Mingkwon, P. (1999). *Stress and coping in elderly patients with cerebrovascular disease*. (Master's thesis of Nursing Science). Chiang Mai University. (in Thai)
- Nochit, W., Yotthongdi, N., Leksanga, W, & Manfak, P. (2020). Factors Predicting Stress and Stress Management of Bachelor Program of Nursing Students. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*, 10(1), 118-128. (in Thai)
- Nohkaew, D. (2015). Simulation based Training for Nursing Education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 31(3), 112-122.
- Oh, H.-K., & Han, Y.-I. (2011). Effects of Simulation-based Training on Stress and Self-efficacy in Nursing Students. *Journal of the Korean Society of School Health*, 24(1), 33-40.
- Pagana, K.D. (1989). Psychometric evaluation of the clinical stress questionnaire (CSQ). *Journal of Nursing Education*, 28(4), 169-174.
- Pajohideh, Z. S., Mohammadi, S., Keshmiri, F., Jahangirimehr, A., & Honarmandpour, A. (2023). The effects of normal vaginal birth simulation training on the clinical skills

- of midwifery students: a quasi-experiment study. *BMC medical education*, 23(1), 353.
- Ruchanantakul, N. (1998). *Assessment of stress decision-making in studying clinical experience subjects nursing student King Mongkut's College Phetchaburi Province*. (Master's thesis of Nursing Science). Mahidol University (in Thai)
- Sarfati, L., Ranchon, F., Vantard, N., Schwiertz, V., Larbre, V., Parat, S., Faudel, A., & Rioufol, C. (2019). Human-simulation-based learning to prevent medication error: A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(1), 11-20. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.12883>
- Sinthuchai, S., & Ubolwan, K. (2017). Fidelity Simulation Based Learning: Implementation to Learning and Teaching Management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 29-38. (in Thai)
- Srinon, R., Tingboon, W., Sawangket, A., & Trisayaluk, T. (2022). Stress and Stress Management of Nursing Students during Practicing in The Labor Room. *Journal of Nisitwang*, 24(2), 72-80. (in Thai)
- Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2021). *Public Health Statistics A.D.2022*. Retrieved Nov 12, 2023, from <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Regulations of the Nursing and Midwifery Council: Limitations and conditions for professional practice Nursing and Midwifery 2021*. Retrieved Nov 15, 2023, from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0028.PDF

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง โดยลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14 หรือ 12 กรณีมีจำนวนหลายคอลัมน์) โดยพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน - ล่าง, ซ้าย - ขวา 2.54 cm. โดยรวมเนื้อหาและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 17 (หนา) ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกอยู่ท้ายชื่อ และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยขนาดอักษร 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกอยู่หน้า ให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลัก เพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย จำนวนคำไม่เกิน 400 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 400 คำ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ " _ " แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐานวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
 - Population and Sample
 - Research Instrument
 - Validity and Reliability of the Research Instrument
 - Data Collection

- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content
- Conclusion
- Suggestion
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition และเป็นไปตามรูปแบบที่วารสารกำหนด ทั้งนี้ทางวารสารใช้การอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษโดยแปลอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษ โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก <https://dekgenius.com/> ดังนี้

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

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

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม - ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า "et al." สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

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

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). *Information and Documentation*. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

กรณีบทความวิจัยที่มีเลขรหัสบทความ (e) หรือเลข DOI ให้อ้างอิง ดังนี้

Sahaworapan, T., Nilmanat, K., & Thasaneesuwan, S. (2023). Competency of Nurse Practitioners in Advance Care Planning (ACP) for Patients with Renal Replacement Therapy and Related Factors. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e258128. (in Thai)

Nawsuwan, K., Oupra, R., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2023). Uncovering the underlying aspects of successful COVID-19 prevention and control in Thailand through factor analysis: Lessons we have not yet learned from village health volunteers. *Belitung nursing journal*, 9(5), 505-511.

<https://doi.org/10.33546/bnj.2735>

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai)

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri> หรือ และแนบแบบฟอร์มตามที่วารสารฯ กำหนด

วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ มีกำหนดออก 2 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่ จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อน จึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไข จะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ เป็นวารสารที่มีผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) ตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์ จำนวน 3 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) ทั้งนี้บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ บุคคลอื่นไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้พิจารณาบทความ 2 ใน 3 ท่าน จึงจะได้ รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ ด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสม และความคิดเห็นของผู้เขียน
6. วารสารฯ จะดำเนินการเก็บค่าตีพิมพ์หลังจากบรรณาธิการวารสารตอบรับการตีพิมพ์ (Accepted) ในระบบ ซึ่งจะมี e-mail แจ้งรายละเอียดชำระค่าตีพิมพ์
7. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,500 บาท
8. อาจารย์ นักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ไม่ต้องชำระค่าตีพิมพ์

หรือหากมีข้อสงสัยติดต่อ

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.....

.....
หากเป็นนิสิตให้ระบุ 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