



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร นครสวรรค์
BCNNON Health Science Research Journal

ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2567
Vol.18 No.3 September - December 2024

ISSN 2985-2501 (Print)
ISSN 3027-6659 (Online)

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจอ่านบทความ
วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม 2567)

ผศ.ดร.กุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์
ดร.เกสร พรมเหล็ก
ผศ.ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
ผศ.ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา
รศ.ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส
ผศ.ดร.จิรพันธ์ ศรีสมพันธ์
รศ.ดร.ชลิดา ธีรฐิธิกุล
ผศ.ดร.ชาลิณี สุวรรณยศ
ผศ.ดร.ทัศนีย์วรรณ กันทาภาศ
ผศ.ดร.ทิพมาส ชินวงศ์
ผศ.ดร.ธนกมล ลีศรี
รศ.ดร.นันทิยา วัฒนายุ
ดร.นिरนาท วิทย์โชติคุณ
ผศ.ดร.เนตรทอง นามพรม
รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์
ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
รศ.ดร.ปิยะนุช ชูโต
ดร.พิมพิมล วงศ์ไชยา
ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา

ผศ.ดร.ละเอียต แจ่มจันทร์
รศ.ดร.วาริรัตน์ ถาน้อย
ผศ.ดร.ศกุนตลา อนุเรือง
ผศ.ดร.ศิรดา เกษรศรี
อ.ดร.ศิริพร ชาวสุรินทร์
ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมน
รศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์
รศ.ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์
ผศ.ดร.สุนิศา สุขตระกูล
รศ.ดร.สุพร ดนัยคุษฎิกุล
ผศ.ดร.สุภาภรณ์ วรอรุณ
รศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวล
รศ.ดร.หทัยชนก บัวเจริญ
ผศ.ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์
รศ.ดร.อรรพรรณ หนูแก้ว
รศ.ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว
รศ.ดร.อัสตรา ประเสริฐสิน
ดร.อาคม โพธิ์สุวรรณ
รศ.ดร.แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
เป็นวารสารที่มีคณะกรรมการพิจารณา (Peer review) ที่ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลากหลายสาขา
ในการพิจารณาตรวจคุณภาพงานทุกเรื่องก่อนได้รับการตีพิมพ์บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารฯ
ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนวารสารฯ หรือคณะบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทุกครั้ง

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

(BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL)

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี จัดทำโดยวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข
และวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก		
ที่ปรึกษาโครงการ	รศ.ดร.โยธิน	แสงวดี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สังวรณ์	จิตระโทก	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.ประนอม	รอตคำดำ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ดร.ศุภรใจ	เจริญสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
บรรณาธิการ	ผศ.ดร.เมทนี	ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผศ.ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.สุภลักษณ์	ธานีรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
	ดร.วรรณรอง	เนลสัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กองบรรณาธิการ	Prof. Dr. (Med) Benno	Von Bormann	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ศ.ดร.สุขุมาล	จงธรรมคุณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.พรชัย	จุลเมตต์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	Assist. Prof. Dr. Dan	Bressington	Hong Kong Polytechnic University
	รศ.ดร.อรพรรณ	ลือบุญธวัชชัย	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ศ.ดร.บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	น.อ.หญิง ดร.พว.ธนพร	แย้มสุตา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปกเกล้า จันทบุรี
	รศ.ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.ศุภาพิชญ์	มณีสคร โพน โบรมันน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ดร.สุชีวา	วิชัยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครพนม
	ดร.สุภาพร	วรรณสันทัด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.พนารัตน์	วิศวะพนนิมิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพฯ
	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
	ดร.เพ็ญพรรณ	พิทักษ์สงคราม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี
	ดร.ภก.บุญมี	โพธิ์คำ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	ภญ.ดร.กมลนัทธ์	ม่วงยิ้ม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
	อาจารย์ชลาลัย	โชคศิริจันทร์	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
กองบรรณาธิการด้านการตรวจภาษาอังกฤษ			
	Dr. Paul	Turner	โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์
ฝ่ายจัดการ	นายบุรีศรี	บุรีศรี ทองแท้	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี
กำหนดออก	ราย 4 เดือน		

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี (BCNNON HEALTH SCIENCE RESEARCH JOURNAL) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการในสาขาการพยาบาลการศึกษาพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่ตีพิมพ์ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้นๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเป็นการเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาลและการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ประชาชนทั่วไปและผู้สนใจ

วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้รับการรับรองคุณภาพของวารสารในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 รอบที่ 4 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 และฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (TCI) โดยวารสารฉบับนี้ ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 18 ฉบับที่ 3 มีการนำเสนอบทความทั้งหมด 14 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัยภาษาไทย จำนวน 13 เรื่อง บทความวิชาการภาษาไทย จำนวน 1 เรื่อง

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวกวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่ช่วยในการตรวจสอบความถูกต้องของวารสารและกลั่นกรองคุณภาพบทความทำให้บทความของวารสารมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นในการตีพิมพ์เผยแพร่ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยสละเวลาในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสาร ที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไป

ท้ายสุดนี้วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR> หากมีข้อเสนอแนะประการใด กรุณาส่งมาได้ที่ บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ bcnnonjournal@bcnnon.ac.th จักเป็นพระคุณยิ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เมทนี ระดาบุตร
บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Articles
ผลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการรอบคิด ติดยึดติดโตของนักศึกษาพยาบาล : การศึกษานำร่อง ธิดา มุลาลินท์ วิลไพร ขำวงษ์ สุขุมาล แสนพวง	1	Effects of the inner arts process on growth mindset of nursing students: A pilot study Thida Mulalint Wilaiporn Khamwong Sukhumal Saenpuang
ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การคิดเชิง ออกแบบในการพัฒนานวัตกรรมปลอกแขนผูกยึด และดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับ ความรู้สึก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ปรัชญ์ณรัตน์ สิทธิวรโชติ อัจฉรา คำมะทิตย์ กิตติพร เนาว์สุวรรณ	13	The effectiveness of applying design thinking in developing innovation for armrest cover belts and intravenous catheter care for patients undergoing anesthesia at Thabo Crown Prince Hospital Pudnarat Sitthibowonchot Adchara Khammathit Kittiporn Nawsuwan
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระ นั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี พรรัตน์ โชคบันดาลสกุล ศิริพร ครุฑกาศ นภาพรพัชร มั่งถึก ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์	25	Development of a clinical nursing practice guideline for patients with ST-elevation myocardial infarction in Intensive Care Unit, Pranangklae Hospital, Changwat Nonthaburi Pornrat Chockbandanskul Siriporn Kruttakart Noppornpatch Mangtuek Sasithorn Lerdpiromluk

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Articles
ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ อังคณา ศรีจันทร์ วิสุทธิ์โนจิตต์ พิมใจ ทวีพักตร์	37	Effects of the discharge planning program for patients with heart failure on self-care behavior and hospital readmissions Angkana Srichun Wisut Nochit Pimjai Taweepak
ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยทำงานในสถานประกอบการกรุงเทพมหานคร ศิริพร เกาแก้ว รัชชนก คชไกร จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์	49	Effects of a transaction remote home visit program on blood pressure levels of working-age patients with uncontrolled hypertension at workplace in Bangkok Siriphorn Paokaew Rukchanok Koshakri Juntima Rerkluenrit
ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคลต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ดวงใจ บุญทองแก้ว วรัญญา จิตรบรรทัด	61	The effects of a caregivers' capacity development program using individualized care plan on knowledge and skills in caring for homebound elderly in the community Duangjai Boonthongkaew Waranya Jitbantad
ผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง อัญพัชร นิติวีเชียรุฉนิ เนตรชนก ศรีทুমมา อูษา ตันทพงษ์	73	The effects of supervision via QR code on nursing information usage of professional nurses in a private hospital Anyaphat Nitivichienwut Netchanok Sritoomma Usa Tantapong

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Articles
การพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน พิสิษฐ์ พลชนะ จารุวรรณ สอนงญาติ เรวดี โพธิ์รัง ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์	85	The development of wireless technology innovation for monitoring symptoms of patients with COVID-19 during a home recovery phase Pisit Poltana Jaruwan Sanongyard Rawadee Phorang Khonruetai Thammakijpirote
การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน จุฑาทิพย์ เดชเดชะ ศิริวรรณ ไบตระกูล จิราพร เป็งราชรอง ณิชกานต์ นาควิโรจน์ จิตอารี ชาติมนตรี สมปรารถนา สุดใจนาค	97	Development of guidelines for preventing and controlling respiratory infections in children for caregivers at preschool child development centers Juthatip Dejdechsa Siriwan Baitragual Jiraporn Pengrachrong Nichakan Nakvirojana Jitaree Chatmontree Sompratthana Sudjainark
ปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ชุตินา จิรัฏฐ์เกรียงไกร วีณา วิทย์เจียกขจร มณฑุณี เพ็ชรลมูล	109	Factors predicting psychological distress among nursing students at an educational institution in Pathum Thani Province, Thailand Chutima Jirathikrengkrai Weena Vitayajeakajorn Monrudee Petlamul

สารบัญ	หน้า PAGE	CONTENTS
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Articles
การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี อรทัย ศิลป์ประกอบ ปุณณภา ศรีสมบุญ	121	Development of Neonatal Critical Care Model by the multidisciplinary healthcare team in network hospitals in Pathumthani province Orathai Sinlprakob Punnapa Srisomboon
การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล สมาพร จิตบุญเกษม จันทิมา นวะมะวัฒน์** ปรียาภัสสร เหล็กเพชร	133	Development of prehospital emergency medical services model for psychiatric and addicted patients in violent stage Samaporn Chitboonyakasem Juntima Nawamawat Preyapat Lekphet
การพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หทัยรัตน์ บุญยพรรณพงศ์ สายฝน อัมพันกาญจน์ อภิสร ใจแสน เนตรินภา พรจิตานนท์	145	The development of self-management behavior for adolescents on the prevention of unplanned pregnancy Hathairat Budsayapanpong Saiphon Amphankan Apisara Jaisan Natenapa Pornthitanon
บทความวิชาการ		Academic Article
การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ พัฒนา เศรษฐราชรานิช	157	Promoting health literacy for village health volunteers for cerebrovascular disease prevention in the community using the self-management concept Wadeerat Sriwongwan Pattana Sattawatcharawanij

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเรียนเชิญผู้สนใจส่งผลงานวิจัยและบทความวิชาการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพสาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ในวารสาร โดยสามารถส่งต้นฉบับได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีเงื่อนไขในการพิจารณาผลงานและคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ ดังนี้ (วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดต่างๆ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า)

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงาน

- ผลงานวิจัยที่ส่งพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน หรือไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
- กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับที่จัดทำตามคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับนี้เท่านั้น
- ผลงานวิจัยที่จะลงตีพิมพ์จะต้องได้รับการรับรองจริยธรรมการทำการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่เก็บข้อมูล มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยต้องแสดงหลักฐานและหมายเลขใบรับรอง
- ผลงานทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาตรวจอ่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน/ 1 เรื่อง โดยผู้เขียนจะต้องดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะภายในระยะเวลาที่กำหนด หากพ้นกำหนดจะถูกเลื่อนไปฉบับถัดไป
- ผู้เขียนต้องตรวจสอบการเขียน Abstract ให้สอดคล้องกับบทคัดย่อ และถูกหลักภาษาอังกฤษ หรือสามารถแจ้งความประสงค์ให้ทางวารสารจัดหา editor ให้
- กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผลการพิจารณา เพื่อตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยขอให้ผู้เขียนส่งผลงานที่แก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
- กรณีบทความวิจัย ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ไม่เกิน 3 ปี

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับต้องพิมพ์โดยใช้โปรแกรม Microsoft Word ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt. ห่างจากขอบกระดาษ ทุกด้าน 1 นิ้ว หรือ 2.54 เซนติเมตร เว้นบรรทัดใช้ระยะ Single space พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่นที่มุมขวาบน ทำเป็น 1 คอลัมน์
- พิมพ์บนกระดาษขนาด A4 ความยาว 12-15 หน้า ตั้งแต่ บทคัดย่อ จนถึง เอกสารอ้างอิง
- ชื่อตาราง แผนภูมิ รูปภาพ ให้ใส่ชื่อตาราง หรือคำอธิบายเพิ่มเติมเหนือตาราง
- การเขียนบทความภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำภาษาอังกฤษยกเว้นกรณีจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากล

5. ส่งต้นฉบับจำนวน 1 ชุด พร้อมจดหมายนำส่ง ระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ และ E-mail address ได้ทางระบบออนไลน์ สามารถเข้าไปดูรายละเอียด คู่มือการใช้งานเว็บไซต์ได้ที่ URL: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/Home>

6. การส่งต้นฉบับลงในวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 31 ต.ค. ของทุกปี

ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 28 ก.พ. ของทุกปี

ฉบับที่ 3 ภายในวันที่ 30 มิ.ย. ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

7. การรับเรื่องต้นฉบับ

7.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้ง ตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และขอเอกสารเพิ่มเติม

7.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่ไม่ส่งต้นฉบับคืน

7.3 หลังจากบทความผ่านกระบวนการกลั่นกรองโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยโอนค่าธรรมเนียมเข้าบัญชีเงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 หลังจากผู้นิพนธ์ส่งหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์มายัง bcnnonjournal@bcnnon.ac.th และทางวารสารจะดำเนินการส่งใบเสร็จค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

รูปแบบของบทความให้เรียงลำดับดังนี้

บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความวิจัยที่เป็นผลงานที่ทำขึ้นใหม่ มีลำดับหัวข้อดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC
ขนาดตัวอักษร 16 pt.

1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา
ดังนี้

1.3.1 บทนำ เขียนโดยย่อ

1.3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.3 วิธีดำเนินการวิจัย: แบบวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีการเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้

1.3.4 ผลการวิจัย

1.3.5 สรุปผล

1.3.6 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

1.4 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ
(Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

2.2 ชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.

2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย

2.4 กรณีเป็นบทคัดย่อผลงานวิจัยให้เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้

2.4.1 Background

2.4.2 Objectives

2.4.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis

2.4.4 Results

2.4.5 Conclusions

2.4.6 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

2.5 ต่อจาก Keywords ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ และ ผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ ชื่อ และ E-mail address ต่อท้ายด้วย

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์การวิจัย และกรอบแนวคิด

3.2 วิธีดำเนินการวิจัย รูปแบบการวิจัย ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

3.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.5 ผลการวิจัย เสนอผลการวิจัยอย่างชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ถ้าเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีตัวเลขหรือตัวแปรจำนวนมาก ควรนำเสนอด้วยตาราง หรือ รูปภาพ ทั้งนี้ไม่ควรเกิน 3 ตารางหรือรูป โดยมีการแปลความหมายและวิเคราะห์ผลที่ค้นพบร่วมด้วย

3.6 อภิปรายผล

3.7 สรุปและข้อเสนอแนะ (โดยแยกการเขียนประเด็นสรุป และข้อเสนอแนะ)

3.8 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ

3.9 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 25 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

บทความวิชาการ (Academic article)

1. บทคัดย่อภาษาไทย เขียนตามรูปแบบดังนี้

1.1 ชื่อเรื่องภาษาไทย กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

1.2 ชื่อ นามสกุลภาษาไทย ของผู้แต่งทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.

- 1.3 เนื้อหาบทคัดย่อ จำนวนไม่เกิน 300 คำ
- 1.4 โดยบทคัดย่อประกอบด้วยเนื้อหา คือ เกริ่นนำ สิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ และเห็นภาพรวมทั้งหมดของงาน
- 1.5 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ
- 1.6 ต่อจาก คำสำคัญ ใส่ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคน และผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) ใส่ E-mail address ต่อท้ายด้วย

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียนตามรูปแบบดังนี้

- 2.1 ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
- 2.2 ชื่อ นามสกุลภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร Browallia UPC ขนาดตัวอักษร 16 pt.
- 2.3 เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ จำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย
- 2.4 Keywords ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
- 2.5 ให้ใส่ ตำแหน่ง สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนเป็น ภาษาอังกฤษ รวมทั้งชื่อ นามสกุล ภาษาอังกฤษของผู้เขียนที่เป็นผู้ติดต่อ (Corresponding author) พร้อม E-mail address ต่อจาก Keywords

3. เนื้อหา (Main document) ประกอบด้วย หัวข้อดังนี้

- 3.1 บทนำ กล่าวถึงความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม
- 3.2 เนื้อเรื่อง (การจัดลำดับเนื้อหาสาระ การเรียบเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย)
- 3.3 สรุป
- 3.4 กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน (Conflict of interest) (ถ้ามี) เช่น การได้รับทุน ค่าตอบแทน เงินเดือน ฯลฯ จากหน่วยงานใดๆ นอกเหนือจากงานประจำ
- 3.5 เอกสารอ้างอิง ให้ใช้คำว่า **References** ต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการโดยใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver และให้มีรายการอ้างอิงได้ไม่เกิน 30 รายการ (ข้อมูลมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัยไม่เกิน 10 ปี)

การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

1. การอ้างอิง ในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น¹ โดยเรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเนื้อหา หากมีการอ้างอิงมากกว่า 1 ฉบับ หรือเลขต่อเนื่องกันให้ใช้ตัวเลขดังนี้¹⁻³ หากมีการอ้างอิงซ้ำรายการเดิม ให้ใช้หมายเลขเดิม

1.1 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุลทุกคน โดยคนสุดท้ายเชื่อมด้วยคำว่า “และ” เช่น นวลพรรณ วรรณเสน, เสนา วาริรักษ์ และมารยาท การเพียร¹ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะนามสกุล เช่น Redford, Brosnan and Gear²

1.2 การอ้างอิงในเนื้อหา ถึงงานที่มีผู้แต่งคนไทยเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ นามสกุล คนแรก แล้วตามด้วยคำว่า “และ คณะ” เช่น วารินทร์ กากำจร และคณะ³ หรือ ถ้าผู้แต่งชาวต่างชาติให้เขียนเฉพาะ นามสกุลคนแรกแล้วตามด้วยคำว่า “et al.” เช่น Jones et al.⁴

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ตัวเลขในเอกสารอ้างอิงท้ายบทความต้องสอดคล้องกับตำแหน่งที่อ้างถึงในเนื้อหา เรียงเลขที่ตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา และต้องเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ สำหรับเอกสารอ้างอิงที่เดิมเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ ควรขึ้นต้นด้วยนามสกุล ต่อด้วยตัวอักษรตัวแรกของชื่อ และวงเล็บท้ายรายการว่า (in Thai)

ตัวอย่าง

Khwanyuen N, Sansiriphun S, Supavititpatana B. Factors predicting fear of childbirth among pregnant women. Nursing Journal. 2017;44(4):24-35. (in Thai).

3. ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (Reference) ท้ายบทความ ที่ใช้บ่อยมีดังนี้

ก. ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ กันให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

Frederico M, Arnaldo C, Michielsen K, Decat P. Adult and young women communication on sexuality: a pilot intervention in Maputo-Mozambique. Reprod Health. 2019;16(1):1-12. doi: 10.1186/s12978-019-0809-3.

ข. ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. ตัวอย่าง

Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Lerttrakarnnon P, Jiraniramai S, Taameeyapradit U, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary outpatient settings. Neuropsychiatr Dis Treat. 2019;15:199-204. doi: 10.2147/NDT.S184585.

ค. ชื่อบทความ บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด

ง. ชื่อวารสาร ถ้าเป็น วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น Journal of Health Science Research วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences-Abbreviation

of Title of Publications หรือ search หาคำย่อจาก Caltech Library (<http://library.caltech.edu/reference/abbreviations/>)

จ. ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่

ฉ. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น p.223-35 เป็นต้น

ช. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (**Articles in Journals**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ. เลข doi:

ตัวอย่าง

AshaRani PV, Hombali A, Seow E, Ong WJ, Tan JH, Subramaniam M. Non-pharmacological interventions for methamphetamine use disorder: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2020;1(212):108060. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.08060.

ซ. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (**Books or textbooks**) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer health/Lippincott Williams & Wilkin; 2017.

ฅ. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. SRRT: Clipping the wings of emerging diseases in Thailand. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013.

ญ. เอกสารอ้างอิงที่เป็นบทความในหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (**Conference paper in proceedings**) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

ก. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

Phanprom K. Development of measurement instrument, casual model, and guidelines for stem teacher preparation: cross-classified multilevel models analysis [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2019. (in Thai).

ข. บทความบนอินเทอร์เน็ต (Article on the Internet) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน ปี];

เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

Muangpaisan W. Risk of Dementia in older person. [internet]. 2018 [cited 2019 Jul 9]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_4.html. (in Thai).

Journal of Health Science Research

Author guidelines for an English manuscript

Editor welcome manuscripts in the field of health science. Our journal is peer reviewed. Each manuscript will be reviewed by at least 2 experts in the field. Double blinded review process is conducted to ensure quality. Authors are advised to read and follow the author guidelines. Editors reserve all rights to accept or reject manuscripts.

General criteria

1. The manuscript must not be published, or under submission process, elsewhere.
2. Manuscripts should be written in good English. Authors whose first language is not English are advised to have a native English editing their manuscripts prior to submitting.
3. Payment of 180 US\$ per manuscript is required for reviewing process and subscribing for 1 year membership.
4. Each paper will be blindly reviewed by at least 2 reviewers.
5. If revision is required by reviewers, authors must re-submit within a designated time frame, otherwise the manuscript will be automatically postponed to the next issue.

Essential criteria

1. Manuscripts must be in Microsoft Word, Browallia UPC 16 pt. Single space with 1 inch margin on each side of the page is required. Page number must appear on the upper right corner of every page; starting with 1, 2, 3, ..
2. Manuscripts are limited to 12 pages of content, including Tables, Figures, images, and references, (abstract to reference list).
3. Names of Tables, Figures or Images must appear above them.
4. Manuscript and cover letter stating names, address, phone number, email address can be submitted to URL:<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/index>

Research article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Background
 - 1.2 Objectives
 - 1.3 Methods: design, samples, tools, data collection and data analysis
 - 1.4 Results
 - 1.5 Conclusions
 - 1.6 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives
2. **Methodology:** tools, samples, ethical considerations, data collection, data analysis
3. **Results:** using appropriate Tables, Figures is recommended. Tables should not repeat what is already mentioned in the text, with a maximum of two tables.
4. **Discussion**
5. **Conclusions and Recommendations:** implications (e.g., for research, teaching, policy, practice)
6. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).
7. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. Reference list must not exceed 25 items **except** Systematic review or Meta-analysis, or literature review must not exceed 30 items. All references must be in English only.

Academic Article

Manuscript format

Title page

1. Title: appears in the middle of the page, using Browallia UPC 20 pt. font.
2. Academic position (or title) and names of all authors, using Browallia UPC 16 pt. font. Qualifications of all authors, affiliations and full mailing address, including e-mail addresses must appear after keywords.

Abstract (English and Thai language)

1. should not exceed 300 words, with the following sub-headings;
 - 1.1 Introduction (or background), objectives
 - 1.2 Conclusions: summary of important results or implications
 - 1.3 Keywords (English): 3-5 words

Main document

1. **Introduction:** Background, rational, objectives

2. **Body Paragraphs:** grading material, Sequence analysis of critical reviews,
Analysis critical review

3. **Conclusions:** summary of important results or implications

4. **Acknowledgement:** funding, conflict of interest (if any).

5. **References:** Vancouver Style, using a tool to manage reference such as Reference Manager is preferable. Reference list must not exceed 30 items. All references must be in English only.

ผลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการอบคิดติดยึดเติบโต ของนักศึกษาพยาบาล : การศึกษานำร่อง

ธิดา มุลาลินท์* วิลพร ขำวงษ์** สุขุมล แสนพวง*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโตมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล กระบวนการศิลปะด้านในเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถส่งเสริมการพัฒนานี้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงกรอบคิดติดยึดเติบโตและกรอบคิดติดยึดฝังแน่นก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการเปลี่ยนแปลงกรอบคิดติดยึดเติบโตและกรอบคิดติดยึดฝังแน่นของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 จำนวน 23 คน ที่เข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน ประกอบด้วย การฝึกสุนทรียะด้านการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวและการลงมือปฏิบัติ รวมระยะเวลา 28 ชั่วโมง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดชุดความคิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed-Rank Test และคำนวณขนาดอิทธิพลด้วย Cliff's Delta

ผลการวิจัย : มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทั้งการลดลงกรอบคิดติดยึดฝังแน่น (2.98 ± 1.12 เป็น 2.45 ± 1.08 , $p < .01$) และการเพิ่มขึ้นกรอบคิดติดยึดเติบโต (4.56 ± 0.89 เป็น 4.82 ± 0.76 , $p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ($\delta = -0.31$ และ 0.21 ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การเพิ่มความเชื่อในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง การลดความเชื่อที่ว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงส่วนสำคัญของตนเอง และการลดความเชื่อที่ว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพื้นฐานความฉลาด

สรุปผล : กระบวนการศิลปะด้านในเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโตและลดกรอบคิดติดยึดฝังแน่นของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล กระบวนการศิลปะด้านใน กรอบคิดติดยึดเติบโต กรอบคิดติดยึดฝังแน่น

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้พิมพ์ประสาน: วิลพร ขำวงษ์, E-mail: wilaiporn.k@pi.ac.th

Effects of the inner arts process on growth mindset of nursing students: A pilot study

Thida Mulalint* Wilaiporn Khamwong** Sukhumal Saenpuang*

Abstract

Background: Developing a growth mindset is essential for nursing students' learning and adaptation. The inner arts process is one way to effectively promote this development.

Objectives: To compare changes in growth mindset and fixed mindset of nursing students before and after participating in the inner arts process and to analyze the extent of the effect of the inner arts process on changes in growth mindset and fixed mindset of nursing students.

Methods: This quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 23 first-year nursing students who participated in the inner arts process, which included aesthetic training in visual perception, listening, movement, and hands-on practice, for a total of 28 hours of intervention. The data were collected using the Mindset Assessment Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Cliff's Delta for effect size.

Results: After participating in the inner arts process, significant changes were found in both the decrease of fixed mindset (from 2.98 ± 1.12 to 2.45 ± 1.08 , $p < .01$) and the increase of growth mindset (from 4.56 ± 0.89 to 4.82 ± 0.76 , $p < .05$), with small effect sizes ($\delta = -0.31$ and 0.21 , respectively). The analysis items revealed significant changes in three aspects: increased belief in self-change ability, decreased belief in the inability to change important aspects of oneself, and reduced belief that intelligence cannot be changed.

Conclusions: The inner arts process is a useful tool for developing a growth mindset and reducing the fixed mindset of nursing students.

Keywords: nursing student, inner arts process, mindset, growth mindset, fixed mindset

* Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

** Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Wilaiporn Khamwong, E-mail: wilaiporn.k@pi.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนและหลากหลาย ทั้งในการดูแลผู้ป่วย การจัดการระบบสุขภาพและการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติต่าง ๆ ด้วยความท้าทายเหล่านี้ การเตรียมความพร้อมสำหรับนักศึกษาที่จะประกอบอาชีพพยาบาลในอนาคตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถปรับตัวเรียนรู้สิ่งใหม่และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง แนวคิดกรอบคิดติดยึดหรือชุดความคิด (Mindset) ที่พัฒนาโดย Dweck¹ ได้นำเสนอแนวคิดที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาความสำเร็จในชีวิตของบุคคล โดยเชื่อว่า ความสามารถและความฉลาดของบุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยความพยายามและการเรียนรู้ เช่นเดียวกับกับการพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโต (Growth mindset) ของนักศึกษาพยาบาลไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเรียนรู้ ยังมีผลโดยตรงกับผลลัพธ์ทางการศึกษา โดยพบว่านักศึกษาที่มีกรอบคิดติดยึดเติบโต สามารถใช้กลยุทธ์ในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ² ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและมีทัศนคติเชิงบวกต่อวิชาชีพ³ มีความยืดหยุ่นในการรับมือกับความท้าทายและเครียดน้อยกว่าเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีกรอบคิดติดยึดเติบโตจะยอมรับความผิดพลาดและเต็มใจที่จะเรียนรู้⁴ และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากขึ้น⁵ โดยเต็มใจที่จะทบทวนกระบวนการเรียนรู้ใหม่เพื่อเพิ่มศักยภาพทางวิชาการ⁶ และมีความอดทน ตั้งมั่นและเพียรพยายามเพื่อผลลัพธ์ระยะยาว⁷ ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพการศึกษาและสุขภาพจิตของผู้เรียน⁸ ในทางตรงกันข้าม นักศึกษาพยาบาลที่มีกรอบคิดติดยึดฝั่งแน่น (Fixed mindset) จะรับรู้

ตนเองว่ามีความสามารถและความฉลาดคงที่ และมีแนวโน้มในการใช้กลยุทธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า² ซึ่งสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงความท้าทายและการยอมรับความล้มเหลว⁶

การพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโตสามารถพัฒนาได้หลากหลายวิธี กิจกรรมศิลปะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ทดลอง เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและพัฒนาทักษะอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากองค์การอนามัยโลกที่แสดงถึงบทบาทของศิลปะต่อการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการส่งเสริมสุขภาพจิต⁹ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กิจกรรมศิลปะช่วยพัฒนาการรับรู้ตนเอง การจัดการกับความท้าทายและการพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโต¹⁰ สำหรับการใช้ศิลปะเพื่อการพัฒนาบุคคลเป็นแนวคิดศิลปะตามแนวคิดมนุษยปรัชญาของ Steiner¹¹ ที่ศิลปะเป็นกิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณแบบองค์รวม ช่วยพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านการรับรู้ การคิดและการแสดงออก ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโต โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในช่วงวัยของการพัฒนาบุคลิกภาพ การเรียนรู้และการปรับตัว ซึ่ง อภิสิริ จรัสชวนะเพท, ภัทรา ชัยสุบรรณกนก และอนุพันธ์ พฤษทรัพย์ชัย¹² ร่วมกับสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้พัฒนาหลักสูตรศิลปะด้านในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยให้ความหมายของศิลปะด้านในอย่างเรียบง่ายที่ให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงความงามในโลกศิลปะ เข้าถึงสุนทรียภาพในใจตน บ่มเพาะฝึกฝนศิลปะในรูปแบบต่าง ๆ ด้วยการฝึก สุน ทรียะ ของ ประสา ท สัมผัส เพื่อพัฒนาตนเองและส่งต่อให้กับบุคคลอื่นต่อไป¹²

การพัฒนาทักษะทางจิตใจโดยใช้กระบวนการศิลปะด้านในสำหรับนักศึกษาพยาบาลได้รับความสนใจมากขึ้น จากการศึกษาของ ธิดา มุลาลินท์ และคณะ¹³ ได้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการศิลปะด้านในช่วยพัฒนาความแข็งแกร่งยืดหยุ่นในชีวิตของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ และชี้ให้เห็นว่ากระบวนการศิลปะด้านในน่าจะมีผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะด้านอื่นรวมถึงกรอบคิดติดยึดติดโตได้ ดังนั้น เพื่อต่อยอดองค์ความรู้จากการศึกษาดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นส่วนหนึ่งของ “ชุดโครงการวิจัย การศึกษาผลของศิลปะด้านในต่อการเสริมสร้างความเจริญเติบโตทางด้านจิตใจและความแข็งแกร่งยืดหยุ่นของชีวิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต” โดยการศึกษานี้จะขยายความเข้าใจไปสู่มิติของการพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโต ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นในชีวิต โดยบุคคลที่มีกรอบคิดติดยึดติดโตจะมีความสามารถในการปรับตัวยืดหยุ่นและรับมือกับความท้าทายต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาล และนำไปสู่การพัฒนาแนวทาง การจัดการศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของวิชาชีพพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกรอบคิดติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดติดโตของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน
2. เพื่อวิเคราะห์ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการเปลี่ยนแปลงของกรอบคิดติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดติดโตของนักศึกษาพยาบาล

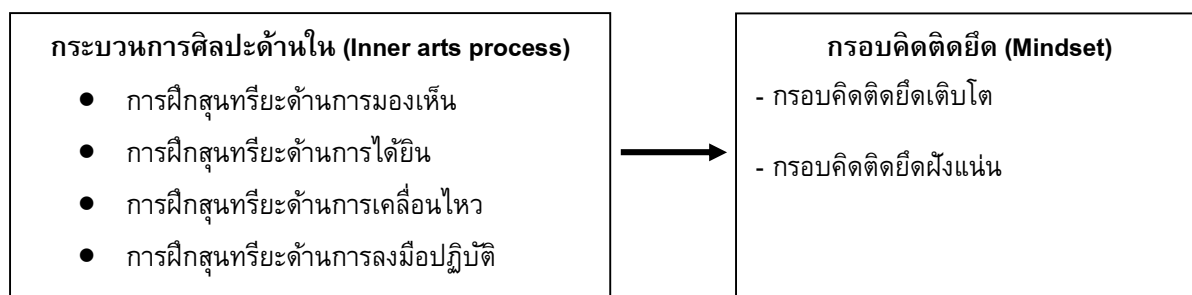
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโตของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยที่ดำเนินการพร้อมกับการศึกษาการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิตผ่านกระบวนการศิลปะด้านในของนักศึกษาพยาบาล : การศึกษานำร่อง¹³ โดยทั้งสองการศึกษาใช้กระบวนการศิลปะด้านในเดียวกัน แต่มีจุดเน้นของกิจกรรม การวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมเกี่ยวกับผลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการพัฒนาทางจิตวิทยาของนักศึกษาพยาบาล ตามกรอบการพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโตตามแนวคิดของ Dweck¹ ประกอบด้วยการติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดติดโต

กระบวนการศิลปะด้านใน¹³ ได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดมนุษยปรัชญาของ Steiner¹¹ และผสมผสานกับทฤษฎีการบูรณาการประสาทสัมผัส¹⁴ กิจกรรมประกอบด้วยการเล่น 4 ด้าน ได้แก่ การฝึกการมองเห็น การฝึกการได้ยิน การฝึกการเคลื่อนไหว และการฝึกสัมผัส โดยกระบวนการศิลปะด้านในช่วยส่งเสริมกรอบคิดติดยึดติดโตของนักศึกษาผ่านกิจกรรมการจัดดอกไม้ ร้องเพลงจากหัวใจ ระบายสีมีชีวิต ตกแต่งเค้ก และเย็บตุ๊กตา ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกการมองเห็นเชิงความงาม พัฒนาการมองเห็นความเป็นไปได้ และโอกาสในการพัฒนาตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของกรอบคิดติดยึดติดโต การฝึกการได้ยินผ่านการเปิดใจรับฟังและเรียนรู้สิ่งใหม่ ช่วยลดความยึดมั่นในความคิดเดิม ซึ่งเป็นลักษณะของกรอบคิดติดยึดติดโต การฝึกการเคลื่อนไหวช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการทดลองสิ่งใหม่ และ

การฝึกลงมือปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ช่วยให้นักศึกษาเห็นคุณค่าของความพยายามและการพัฒนาตนเอง ซึ่งเป็นแก่นสำคัญของพัฒนา

และยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น เพิ่มการมองเห็นโอกาสในการพัฒนาในชีวิตประจำวันและพัฒนากรอบคิดติดยึดเติบโตในสถานการณ์จริง^{12,15}



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยการศึกษาผลของศิลปะด้านในต่อการเสริมสร้างความเจริญเติบโตทางด้านจิตใจและความแข็งแกร่งยืดหยุ่นของชีวิต นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยใช้วิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ กระบวนการศิลปะด้านใน ซึ่งพัฒนาตามคู่มือปรัชญาของสำนักงานด้านเด็ก โดยศุภวรรณ คงสุวรรณ¹⁵ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ การฝึกสุนทรีย์ด้านการฟัง ด้านสายตา การเคลื่อนไหวตามจังหวะยูริธมี (การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมีสติ) และการฝึกปฏิบัติด้วยมือผ่านงานศิลปะ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดชุดความคิด (Mindset Assessment Scale) พัฒนาโดย ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ, อรพรรณ ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ชุดความคิดติดยึดเติบโต จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 2, 3, 5, 8) และชุดความคิดติดยึดฝังแน่น จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1, 4, 6, 9, 10) แบบวัดเป็น

มาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. กระบวนการศิลปะด้านใน เป็นเครื่องมือในการทดลอง ถึงแม้จะไม่ได้ดำเนินการทดลองใช้ (Try out) แต่ตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยพัฒนาจากคู่มือและปรัชญาของสำนักงานด้านเด็ก และได้มีการนำไปใช้ในบริบทของสำนักงานด้านเด็ก โดยผู้วิจัยได้ปรับให้เข้ากับบริบทของตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินการอย่างละเอียดจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และที่ปรึกษาวิจัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับกระบวนการศิลปะด้านในด้วย

2. แบบวัดชุดความคิด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 7 คน ด้วยเทคนิคเดลฟายประยุกต์ และได้ทดสอบความสอดคล้องภายในกับตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.67 ค่าความสัมพันธ์รายข้อกับข้อคำถามรวม (Corrected Item- Total Correlation: CITC)

อยู่ระหว่าง 0.13-0.49 การแปลผลคะแนนทำได้โดยการรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ และกลับคะแนนในข้อคำถามที่เป็นชุดความคิดติดขัดแน่นคะแนนรวมที่สูงกว่าแสดงถึงการมีชุดความคิดติดขัดเติบโตมากกว่า ส่วนคะแนนรวมที่ต่ำกว่าแสดงถึงการมีชุดความคิดติดขัดแน่นมากกว่า การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบแบบวัดชุดความคิดก่อนและหลังการทดลอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.431 และ 0.648 เนื่องจากการศึกษานี้เน้นเปรียบเทียบกรอบคิดยึดเติบโตและกรอบคิดติดขัดแน่น จึงได้แยกทดสอบกรอบคิดติดขัดแน่น (ก่อน/หลัง) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.796/0.813 และกรอบคิดติดขัดเติบโต (ก่อน/หลัง) เท่ากับ 0.797/0.836 ตามลำดับ

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 23 คน ที่อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยการศึกษาผลของศิลปะด้านในต่อการเสริมสร้างความเจริญเติบโตทางด้านจิตใจและความแข็งแกร่งยืดหยุ่นของชีวิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นนักศึกษาที่มีความสนใจในการพัฒนาตนเองและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณความเพียงพอของขนาดตัวอย่างด้วยการคำนวณอำนาจการทดสอบ (Power of test) G*Power version 3.1.9.7 แบบ Post hoc จากตัวอย่าง 23 คน จากการศึกษาการพัฒนาความแข็งแกร่งยืดหยุ่นของชีวิตผ่านกระบวนการศิลปะด้านใน :

การศึกษานำร่อง¹⁰ ค่า (α) = 0.05, (1- β) เท่ากับ 0.80 กรอบคิดติดขัดแน่นได้ ค่า Effect size $|d|$ = 0.65 (จาก Cliff's Delta -0.31) คำนวณได้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 89% (สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่ 80%) กรอบคิดติดขัดเติบโตได้ค่า Effect size $|d|$ = 0.43 (จาก Cliff's Delta 0.21) ได้ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 67% (ต่ำกว่ามาตรฐานที่ 80%) สรุปได้ว่า การวิเคราะห์อิทธิพลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อกรอบคิดติดขัดแน่น มีตัวอย่างเพียงพอ ส่วนกรอบคิดติดขัดเติบโตมีค่าอำนาจการทดสอบต่ำกว่าเกณฑ์ สรุปได้ว่า มีโอกาส 67% ที่จะตรวจพบผลที่มีอยู่จริง (True effect) และมีโอกาส 33% ที่จะเกิด Type II error (ไม่พบผลที่มีอยู่จริง) แต่ถึงแม้ว่าอำนาจการทดสอบจะต่ำกว่าเกณฑ์ แต่ยังพบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าผลที่พบน่าจะมีอยู่จริง แต่อาจมีผลบางส่วนที่ไม่สามารถตรวจพบได้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 01-01-66 ลงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานและทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ระยะก่อนการทดลอง ประชาสัมพันธ์ให้นักศึกษาพยาบาลที่สนใจ สมัครเข้าร่วมโครงการ ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและทดสอบแบบวัดชุดความคิด 2) ระยะทดลอง ดำเนินการตามแผนการทดลองกระบวนการศิลปะด้านในต่อการพัฒนากรอบคิดติดขัดเติบโตที่กำหนดไว้โดยวิทยากร 1 คนที่มีประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมศิลปะสำหรับเด็กและวัยรุ่นมากกว่า 10 ปี

ที่ได้รับการรับรองการเป็นวิทยากรต้นแบบ ศิลปะด้านในเชิงลึก (Deep artistic for change agent) จากสำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านกิจกรรมการจัดดอกไม้ ร้องเพลงจากหัวใจ ระบายสีมีชีวิต ตกแต่งคัพเค้ก และเย็บตุ๊กตา ในระยะเวลา 4 วัน ๆ ละ 7 ชั่วโมง รวมเป็น 28 ชั่วโมง และ 3) ระเบียบรวบรวมข้อมูล โดยให้นักศึกษาทำแบบวัดชุดความคิด หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันทีภายใน 24 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนการอบคิดติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดติดฝั้แน่นก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และ คำนวณขนาดอิทธิพลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโตด้านจิตใจด้วยสถิติ Cliff's Delta¹⁷

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง ประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล จำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 19 ปี ร้อยละ 95.7 อายุเฉลี่ย 19.57 ปี (19-22 ปี) ผลการเรียนรู้สะสม ชั้นปีที่ 1 อยู่ระหว่าง 2.58-3.30

2. การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงกรอบคิดติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดติดฝั้แน่นของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังการเข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านในพบว่า กรอบคิดติดโตมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวกคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.56 ± 0.89 เป็น 4.82 ± 0.76 (เพิ่มขึ้น 0.26 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=2.341$, $p<.05$) โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก ($\delta = 0.21$, 95%CI: 0.05, 0.37) ในขณะที่กรอบคิดติดยึดฝั้แน่นมีการเปลี่ยนแปลงลดลงอย่างชัดเจน โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 2.98 ± 1.12 เป็น 2.45 ± 1.08 (ลดลง 0.53 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=3.124$, $p<.01$) มีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็ก ($\delta=-0.31$, 95%CI: -0.45, -0.16)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และขนาดอิทธิพลของกรอบคิดติดยึดติดโตและกรอบคิดติดยึดฝั้แน่นก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน (N=23)

กรอบคิด	Pre-test ($\bar{X}$, SD)	Post-test ($\bar{X}$, SD)	การเปลี่ยนแปลง	Z-score	p-value	Cliff's δ	95%CI	ขนาด อิทธิพล
Growth	4.56	4.82	0.26	2.341	.019 [*]	0.21	0.05, 0.37	เล็ก
Mindset	(0.89)	(0.76)						
Fixed	2.98	2.45	-0.53	-3.124	.002 ^{**}	-0.31	-0.45, -0.16	เล็ก
Mindset	(1.12)	(1.08)						

$\bar{X}$ = Mean, SD = Standard Deviation, Cliff's Delta: $|\delta| < 0.147$ (very small), $0.147 \leq |\delta| < 0.33$ (small), $0.33 \leq |\delta| < 0.474$ (Medium), $|\delta| \geq 0.474$ (Large) ^{*}p<.05 ^{**}p<.01

3. การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงและค่าอิทธิพลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อการอบคิดของตัวอย่างรายข้อ ด้านกรอบคิดติดยึดติดโต พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 1 ข้อ คือ ข้อ 3 “ฉันสามารถเปลี่ยนแปลง

ตัวเองไม่ว่าฉันจะเป็นคนอย่างไรก็ตาม” โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 3.04 ± 1.15 เป็น 3.87 ± 1.06 เพิ่มขึ้น 0.83 คะแนน ($Z=3.141$, $p<.01$) ด้วยขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (Cliff's $\delta=0.48$, 95%CI: 0.25, 0.66) ด้านกรอบคิดติดยึดฝั้แน่น พบการ

เปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 “ฉันเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพื้นฐานความฉลาดของฉันได้” มีคะแนนลดลงจาก 2.83 ± 1.23 เป็น 2.26 ± 1.32 ลดลง 0.57 คะแนน ($Z = -2.515$, $p < .05$) ด้วยขนาดอิทธิพลระดับเล็ก ($\delta = -0.30$, 95%CI: -0.51, -0.06)

และข้อ 4 “ฉันสามารถทำบางสิ่งบางอย่างให้แตกต่างออกไป แต่ส่วนสำคัญที่เป็นตัวของฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้” มีคะแนนลดลงจาก 4.65 ± 0.78 เป็น 3.61 ± 1.27 ลดลง 1.04 คะแนน ($Z = -3.141$, $p < .01$) ด้วยขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ($\delta = -0.57$, 95%CI: -0.73, -0.34)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และขนาดอิทธิพลของกรอบคิดติดยึดเติบโตและกรอบคิดติดยึดฝั่งแน่น ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการศิลปบำบัด (N=23)

ข้อ	ประเภท	Pre-test $\bar{X}$, SD	Post-test $\bar{X}$, SD	การเปลี่ยนแปลง	Z-score	P	Cliff's δ	95%CI	ขนาด อิทธิพล
Growth Mindset									
2	ฉันสามารถเพิ่มความฉลาดขึ้นอย่างชัดเจนได้แน่นอน	4.74 (0.86)	4.83 (0.94)	0.09	0.567	.571	0.07	-0.16, 0.29	น้อยมาก
3	ฉันสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองไม่ว่าฉันจะเป็นคนอย่างไรก็ตาม	3.04 (1.15)	3.87 (1.06)	0.83	3.141	.002**	0.48	0.25, 0.66	ใหญ่
5	ฉันสามารถเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบพื้นฐานของความเป็นตัวเองได้	4.87 (0.92)	4.70 (1.11)	-0.17	-0.982	.326	-0.11	-0.33, 0.12	น้อยมาก
8	เวลาเผชิญสิ่งที่ท้าทายหรือยากฉันจะพยายามมากขึ้นไม่ท้อถอย	5.48 (0.79)	5.26 (0.86)	-0.22	-1.636	.102	-0.19	-0.41, 0.05	เล็ก
Fixed Mindset									
1	ฉันเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพื้นฐานความฉลาดของฉันได้	2.83 (1.23)	2.26 (1.32)	-0.57	-2.515	.012*	-0.3	-0.51, -0.06	เล็ก
4	ฉันสามารถทำบางสิ่งบางอย่างให้แตกต่างออกไป แต่ส่วนสำคัญที่เป็นตัวของฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้	4.65 (0.78)	3.61 (1.27)	-1.04	-3.141	.002**	-0.57	-0.73, -0.34	ใหญ่
6	คนที่เก่งจริง ๆ ไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามมาก	2.35 (1.07)	2.22 (1.09)	-0.13	-0.84	.401	-0.09	[-0.31, 0.14]	น้อยมาก
7	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะต้องเผชิญสิ่งใหม่ ๆ เพราะรู้สึกกดดัน	3.91 (1.24)	3.39 (1.27)	-0.52	-1.849	.065	-0.28	[-0.49, -0.04]	เล็ก
9	เมื่อใดที่ฉันต้องใช้ความพยายามมาก ๆ ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าฉันไม่เก่งจริง	2.74 (1.21)	2.65 (1.19)	-0.09	-0.491	.624	-0.04	[-0.26, 0.19]	น้อยมาก
10	ถ้าเรื่องที่จะทำนั้น ฉันคิดว่าไม่สำเร็จ ฉันเลือกที่จะไม่ลงมือทำแต่แรก	3.17 (1.15)	3.43 (1.16)	0.26	1.189	.235	0.15	[-0.08, 0.37]	เล็ก

$\bar{X}$ = Mean, SD = Standard Deviation, Cliff's Delta: $|\delta| < 0.147$ (very small), $0.147 \leq |\delta| < 0.33$ (small), $0.33 \leq |\delta| < 0.474$ (Medium), $|\delta| \geq 0.474$ (Large)

* $p < .05$ ** $p < .01$

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของ กรอบคิดติดยึดเตบโตและกรอบคิดติดยึด ฝังแน่นของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง เข้าร่วมกระบวนการศิลปะด้านใน

จากผลการศึกษาพบว่า ผลของกระบวนการศิลปะด้านในสามารถเปลี่ยนแปลงภาพรวมของกรอบคิดเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่พึงประสงค์ของทั้งสองกรอบคิด กล่าวคือ กรอบคิดติดยึดเตบโตมีการเพิ่มขึ้น ($+0.26$, $\delta=0.21$) ในขณะที่กรอบคิดติดยึดฝังแน่นมีการลดลง (-0.53 , $\delta=-0.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะสำคัญของกระบวนการศิลปะด้านในที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สำรวจและแสดงความสามารถผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย¹² โดยกิจกรรมเหล่านี้ท้าทายทั้งความเชื่อในการพัฒนาตนเอง และความเชื่อที่จำกัดศักยภาพของตน (กรอบคิดติดยึดฝังแน่น) ในขณะที่นักศึกษาได้เห็นพัฒนาการของตนเองผ่านผลงานที่ดีขึ้น ช่วยเสริมสร้างความเชื่อในความสามารถที่จะพัฒนาและลดความเชื่อที่ว่าความสามารถเป็นสิ่งที่ตายตัว รวมทั้งบรรยากาศการเรียนรู้ที่เน้นการสัมผัสความงามโดยไม่ตัดสินส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งสองด้าน โดยช่วยยกระดับจิตใจและความคิดสร้างสรรค์ (กรอบคิดติดยึดเตบโต) พร้อมกับลดความกลัวต่อความผิดพลาดและการถูกประเมิน (กรอบคิดติดยึดฝังแน่น) และจากการสัมผัสความงามจากธรรมชาติและศิลปะของนักศึกษาช่วยยกระดับจิตใจให้สูงขึ้น¹⁵ การแสดงออกผ่านกิจกรรมศิลปะช่วยให้นักศึกษาได้สำรวจและปลดปล่อยความรู้สึกที่อยู่ภายใน¹⁷ สอดคล้องกับทฤษฎีประสาทสัมผัสการรับรู้¹⁴ ที่อธิบายว่าการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสช่วย

พัฒนาการเรียนรู้และการปรับตัว นอกจากนี้กิจกรรมที่ออกแบบยังช่วยให้นักศึกษาได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากผู้สอนและเพื่อน ร่วมกับการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการพัฒนาตนเอง (กรอบคิดติดยึดเตบโต) และลดความเชื่อที่ว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (กรอบคิดติดยึดฝังแน่น) เป็นไปตามแนวคิดมนุษยปรัชญาที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹¹ โดยผลจากกิจกรรมนี้ส่งผลด้านมีความเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงช่วยเพิ่มกรอบคิดติดยึดเตบโต และมักส่งผลให้ลดกรอบคิดติดยึดฝังแน่นไปพร้อมกัน ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของ Dweck¹ ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงกรอบคิดเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งการเสริมสร้างความเชื่อใหม่ และการลดความเชื่อเดิม

2. ขนาดอิทธิพล (Effect size) ของ กระบวนการศิลปะด้านในต่อการเปลี่ยนแปลง ของกรอบคิดติดยึดเตบโตและกรอบคิดติดยึด ฝังแน่นของนักศึกษาพยาบาล

จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลของกระบวนการศิลปะด้านในต่อกรอบคิดติดยึดเตบโตและกรอบคิดติดยึดฝังแน่นมีขนาดเล็กทั้งคู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาจากวิเคราะห์อภิमानพบว่า อิทธิพลทางด้านจิตวิทยาและกรอบคิดจะมีขนาดอิทธิพลเล็กถึงปานกลาง¹⁸ และการใช้ศิลปะเป็นสื่อการสอนมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาอารมณ์และทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลในระดับต่ำ¹⁹ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญของกรอบคิดติดยึดเตบโตข้อ 3 “ฉันสามารถเปลี่ยนแปลงตัวเองไม่ว่าฉันจะเป็นคนอย่างไรก็ตาม” เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.01$) ด้วยขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ ($\delta=0.48$) การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเป็นผลจากการที่นักศึกษาได้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ต้น

จนกระทั่งสร้างสรรค์ผลงานหลายรูปแบบ และการเปิดโอกาสให้ทำซ้ำจนพอใจ ได้เน้นการ แสดงออกและการสื่อสารความรู้สึกเชื่อมโยงกับ ผลงาน เห็นพัฒนาการของตนเองผ่านผลงานที่ดี ขึ้น ได้รับการสนับสนุนในบรรยากาศที่เน้น กระบวนการมากกว่าผลลัพธ์²⁰ ส่วน องค์ประกอบรอบคิดติดยึดแน่นในข้อ 1 “ฉันเรียนรู้สิ่งใหม่แต่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง พื้นฐานความฉลาดของฉันได้” พบการลดลงอย่าง มีนัยสำคัญ ($p < .05$, $\delta = -0.30$) สะท้อนว่า กิจกรรมพัฒนาทักษะให้กับนักศึกษาหลาย ๆ ด้าน เช่น ได้สังเกตธรรมชาติ และได้เรียนรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติตรงจากความงามของสีและความงามของธรรมชาติ การได้ทดลองทำ กิจกรรมใหม่ ๆ ช่วยลดความเชื่อที่จำกัด ความสามารถ สอดคล้องกับทฤษฎีประสาท สัมผัสการรับรู้¹⁶ และข้อที่ 4 “ฉันสามารถทำบาง สิ่งบางอย่างให้แตกต่างออกไป แต่ส่วนสำคัญที่เป็นตัวของฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้” พบการ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) ด้วยขนาดอิทธิพล ระดับใหญ่ ($\delta = -0.57$) แสดงให้เห็นว่า กิจกรรม ระบายสีอิสระ เปิดโอกาสให้ได้แสดงออกนอกกรอบ เดิมการเห็นผลงานที่แตกต่างจากเดิม มีทักษะที่ ดีขึ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ว่า ตนเองสามารถทำในสิ่งที่แตกต่างได้ และลด ความกลัวในการทำสิ่งใหม่ ๆ โดยกระบวนการ ศิลปะช่วยลดความเครียดเพิ่มอารมณ์ทางบวก ช่วยเปลี่ยนมุมมองต่อศักยภาพของตนเอง²⁰

สำหรับกรอบคิดติดยึดติดข้อ 2 “ฉัน สามารถเพิ่มความฉลาดขึ้นอย่างชัดเจนได้แน่นอน” ไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญ ($p = 0.571$, $\delta = 0.07$) รวมถึงข้อ 5, 8 ที่แสดง แนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทาง สถิติ ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของ Dweck¹ ที่ว่า กรอบความคิดของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง และต้องใช้เวลา โดยเฉพาะความเชื่อพื้นฐาน

เกี่ยวกับความฉลาดที่ต้องการเวลาในการซึมซับ ประสบการณ์มากกว่านี้ ในทำนองเดียวกัน กรอบคิดยึดติดฝังแน่นในข้อ 6, 7, 9 และ 10 ที่ไม่ พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึง ธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงตามแนวคิด มนุษยปรัชญา ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง¹¹ โดยให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ผ่าน ประสบการณ์ตรงและการค้นพบตนเอง การไม่ พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในบางข้อ จึงไม่ได้สะท้อนถึงความไม่มีประสิทธิผลของ กระบวนการ แต่สะท้อนถึงธรรมชาติของ การเปลี่ยนแปลงที่ต้องการเวลาในการซึมซับ ประสบการณ์ตามจังหวะของผู้เรียน การให้ อิสระในการค้นพบตนเองและการเน้น กระบวนการมากกว่าผลลัพธ์¹ ซึ่งเป็น หัวใจสำคัญของการจัดการศึกษาตามแนวคิด มนุษยปรัชญา¹²

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

กระบวนการศิลปะด้านในสามารถใช้ใน การส่งเสริมกรอบคิดติดยึดติดโต โดยเฉพาะด้าน ความเชื่อในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งช่วยลด กรอบคิดติดยึดติดฝังแน่นของนักศึกษาพยาบาลได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้อิทธิพลโดยรวมอยู่ ในระดับเล็ก ดังนั้นกระบวนการศิลปะด้านใน จึงเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างมากในการ ส่งเสริมและพัฒนากรอบคิดติดยึดติดโตของ นักศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปกำหนด แนวทางในการส่งเสริมและพัฒนากรอบคิด ติดยึดติดโต ดังนี้

1) การพัฒนาการเรียนการสอน โดย มุ่งเน้นการบูรณาการกระบวนการศิลปะด้านใน เข้ากับรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเอง

พร้อมทั้งจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตรเพื่อส่งเสริมกรอบคิดที่ดีเติบโตให้ เกิดความยั่งยืน ควรพัฒนาฝีมือและจัดอบรม อาจารย์ผู้สอนเพื่อให้สามารถนำกระบวนการนี้ไป ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ขยายขอบเขตการวิจัยในอนาคต โดย ศึกษาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ทั้งนักศึกษา พยาบาลชั้นปีอื่น และบุคลากรทางการพยาบาล พร้อมทั้งปรับกระบวนการคิดประเด็นในให้ เหมาะสมกับบริบทของแต่ละกลุ่ม จะช่วยให้ เข้าใจกระบวนการคิดประเด็นในต่อบริบทที่ หลากหลายมากขึ้น

3) การพัฒนาระเบียบวิธีวิจัย โดย การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลของ กระบวนการคิดประเด็นในกับวิธีการสอนแบบปกติ ขยายระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามความคงทนของ การเปลี่ยนแปลงกรอบคิด และใช้วิธีวิจัยแบบ ผสมผสานเพื่อทำความเข้าใจกลไกและผลกระทบ ในเชิงลึก ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผล และ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการคิดประเด็นในที่มี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

1. Dweck CS. Mindset: The new psychology of success. New York: Random House; 2006.
2. Williams C. Nursing students' mindsets and choice of learning strategies. Nurse Educ. 2021;46(2):92-5. doi: 10.1097/NNE.0000000000000870.
3. Williams CA, Lewis L. Mindsets in health professions education: a scoping review. Nurse Educ Today. 2021;100:104863. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104863.
4. Lewis LS, Williams CA, Dawson S. Online mindset training for prelicensure nursing students: a randomized longitudinal study. SAGE Open Nurs. 2024;10:23779608241236285. doi: 10.1177/23779608241236285.
5. Xiao F, Zhang Z, Zhou J, Wu H, Zhang L, Lin M, et al. The relationship between a growth mindset and the learning engagement of nursing students: a structural equation modeling approach. Nurse Educ Pract. 2023; 73:103796. doi: 10.1016/j.nepr.2023.103796.
6. Khalkhali V. Medical teaching and learning: growth versus fixed mindset. Journal of Medical Education Development. 2018;11 (30):1-3. doi: 10.29252/EDCJ.11.30.1.
7. Kim J-K. The impact of nursing students' fixed mindset and metacognition on grit. Korea Edutainment Society Journal of the Edutainment. 2023;5(4): 87- 96. doi: 10.36237/ koedus.5.4.87.
8. Burnette JL, Billingsley J, Banks GC, Knouse LE, Hoyt CL, Pollack JM, et al. A systematic review and meta-analysis of growth mindset interventions: for whom, how, and why might such interventions work? Psychol Bull. 2023; 149(3-4): 174-205. doi: 10.1037/bul0000368.
9. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

10. Pavlović D, Petrović ZS, Miljkovic M. Humanistic approach to early childhood education in the educational philosophy of Rudolf Steiner. *Future Human Image*. 2017;8:103-13.
11. Steiner R. *Art as spiritual activity: Rudolf Steiner's contribution to the visual arts*. New York: SteinerBooks; 1997.
12. Jarunjawanaphet A, Chaisubunkhanok N, Plukpankhachee A. *The inner art: a handbook and philosophy for child welfare professionals*. Chiang Mai: Project to develop a prototype model of inner art instructors and develop the health of school-aged children; 2022. (in Thai).
13. Mulalint T, Sanpaung S, Kapimai K, Khanungpian T. Developing resilience through the inner arts process in nursing students: a pilot study. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2024;39(4):564-79.
14. Ayres AJ, Robbins J. *Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges*. Torrance, CA: Western Psychological Services; 2005.
15. Kongsuwan S. *Innerscape: when art changes "us" and the world with beauty*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020. (in Thai).
16. Silpakit C, Silpakit O, Chomchuen R. The validity study of the mindset assessment scale. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2015;23(3):166-74. (in Thai).
17. Macbeth G, Razumiejczyk E, Ledesma RD. Cliff's Delta calculator: A non-parametric effect size program for two groups of observations. *Universitas Psychologica*. 2011 ; 10(2) : 545- 55. doi: 10.11144/Javeriana.upsy 10-2.cdcp.
18. Plukpankhachee A. Art therapy, bringing balance back to the inside back to the inside. In: Kongsuwan S, editor. *Innerscape: when art changes "us" and the world with beauty*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020. (in Thai).
19. Rieger KL, Chernomas WM, McMillan DE, Morin FL, Demczuk L. Effectiveness and experience of arts-based pedagogy among undergraduate nursing students: a mixed methods systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(11): 139-239. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003188.
20. Kaimal G, Ray K, Muniz J. Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Ther (Alex)* . 2016; 33(2) : 74- 80. doi: 10.1080/07421656.2016. 1166832.

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การคิดเชิงออกแบบในการพัฒนา นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

ปริญญ์รัตน์ สิทธิบรรโชติ* อัจฉรา คำมะতিย์** กิตติพร เนาว์สุวรรณ***

บทคัดย่อ

บทนำ : การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึด และการดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย : ใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบในการสร้างและทดลองใช้นวัตกรรม ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ แบบประเมินผลของการใช้นวัตกรรม และแบบประเมินคุณภาพนวัตกรรม ถูกตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ One sample t-test

ผลการวิจัย : นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและการดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทำจากผ้าห่อเช็ดเครื่องมือผ่าตัด น้ำหนักเบา กันน้ำ ทำความสะอาดได้ง่าย ติดตั้งกับที่วางแขนเตียงผ่าตัดได้ทุกรูปแบบ เพราะมีตัวล็อกคล้องที่ปรับขนาดให้เข้ากับที่วางแขนเตียงผ่าตัด หลังการใช้นวัตกรรมพบว่าไม่มีการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ มีคะแนนความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อคุณภาพนวัตกรรมทั้งภาพรวม และรายข้อระดับดีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปผล : นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกสามารถป้องกันการเกิดรอยขีดบริเวณแขนที่ถูกผูกยึด การเลื่อนหลุดของหัวไหล่และข้อมือ แขนอ่อนแรง ไม่มีการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือได้

คำสำคัญ : การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม ปลูกแขนผูกยึด ดูแลสายน้ำเกลือ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก

* โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : อัจฉรา คำมะติย์, E-mail: adcharakham@bcnu.ac.th

The effectiveness of applying design thinking in developing innovation for armrest cover belts and intravenous catheter care for patients undergoing anesthesia at Thabo Crown Prince Hospital

Pudnarat Sitthibowonchot^{*} Adchara Khammathit^{**} Kittiporn Nawsuwan^{***}

Abstract

Background: Research and development of innovations for armrest cover belts and the care of intravenous catheters in patients undergoing anesthesia.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of innovations for armrest cover belts and intravenous catheter care in patients undergoing anesthesia.

Methods: A design thinking concept was used to develop and evaluate the innovation. The sample consisted of 27 patients undergoing surgery with anesthesia at Thabo Hospital from March to May 2022. The research instruments included the armrest cover belts and the intravenous catheter care innovation, an innovation evaluation form, and an innovation quality assessment form. These instruments were validated by experts and achieved an IOC range of 0.67–1.00 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.91. Data were analyzed using descriptive statistics and a one-sample t-test.

Results: The armrest cover belts and intravenous catheter care innovation among patients undergoing anesthesia are made of a surgical instrument fabric that is lightweight, waterproof, and easy to clean. It can be attached to any type of operating table armrest as it has an adjustable crab fastener. No slippage of the intravenous catheter was observed after using the innovation. Satisfaction scores and feedback on the overall quality and individual aspects of the innovation were significantly higher than the good level, with statistical significance at the .001 level.

Conclusions: The innovation of armrest cover belts and intravenous catheter care can prevent bruising around the restrained arm, shoulder and wrist dislocations, arm weakness, and no slippage of the intravenous catheter line in patients undergoing anesthesia.

Keywords: innovation research and development, the armrest cover belt, care of the intravenous catheter area, patients undergoing anesthesia

^{*} Registered Nurse, Thabo Crown Prince Hospital

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

^{***} Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Adchara Khammathit, E-mail: adcharakham@bcnu.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด เป็นผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ในทุกระยะของการผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัดมีสาเหตุมาจากความอ่อนเพลีย การดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร การได้รับยาคลายกังวล ทำให้วังงซึม มึนงง พยาธิสภาพของผู้ป่วยเอง ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเตียงผ่าตัดสูง มีขนาดพอดีตัว มีการจัดทำผ่าตัดต่าง ๆ ตลอดจนการระับความรู้สึกในช่วงก่อนและหลังให้การระับความรู้สึก และการถูกกระตุ้นจากกิจกรรมการพยาบาล เช่น การดูดเสมหะอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยตื่น ซึ่งอาจมีโอกาสดกเตียงและได้รับบาดเจ็บได้ จึงมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ผูกยึดผู้ป่วยติดกับเตียง โดยมีความตั้งใจที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยป้องกันการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและสิ่งของ¹ หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวโดยใช้อุปกรณ์ที่ประยุกต์ใช้เพื่อการผูกยึด ซึ่งอาจจะจำกัดทุกสัดส่วนของร่างกายหรือเพียงบางส่วน² การผูกยึดเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว โดยการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ดัดแปลงมาเพื่อการผูกยึดผู้ป่วยไว้กับเตียง เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น³

การผูกยึดเป็นกระบวนการพยาบาลหนึ่งในการลดและป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่จำเป็นที่ต้องใช้ในผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองในช่วงก่อนและหลังให้การระับความรู้สึก ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในห้องผ่าตัดเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิสัญญี โดยการสอบถาม และสนทนากลุ่มย่อยพบว่า อุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึดแขนผู้ป่วยที่แถมมากับเตียงผ่าตัดเป็นเชือกในลอนชนิดบาง ซึ่งมีลักษณะนุ่มนวลและขาดง่ายเมื่อมีการใช้ไปเป็นระยะเวลานาน เจ้าหน้าที่ใน

หน่วยงานวิสัญญีจึงแก้ปัญหาโดยใช้ผ้าสีเขียวของทางโรงพยาบาลตัดเย็บเป็นเชือกรัดแขนเพื่อใช้ผูกแขนผู้ป่วยกับที่วางแขนเตียงผ่าตัด ซึ่งหลังการใช้งานพบว่า ถ้าผูกเชือกรัดแขนแน่น แขนผู้ป่วยจะเกิดรอยที่ปมเชือก แต่ถ้าผูกเชือกไม่แน่นหลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะตื่นและสามารถขยับแขนไปมาทำให้สายน้ำเกลือหลุด เกิดบาดแผล รอยขีดข่วน รอยถลอก รอยซ้ำจากเชือกหรือมือหลุดออกจากเชือก ทำให้ได้รับอันตรายได้ ซึ่งจะเกิดขึ้นขณะกำลังปลุกผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงระหว่างที่กำลังฟื้นจากยาระับความรู้สึก ทั้งนี้เชือกที่ทำจากผ้าเขียวของโรงพยาบาล เมื่อเกิดความสกปรกต้องส่งลงไปทำความสะอาดที่ตึกซักฟอกของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการสูญหาย การหมุนเวียนเชือกไม่เพียงพอต่อการใช้งาน พยาบาลวิสัญญีจึงแก้ปัญหาโดยใช้ผ้าเช็ดหน้าคลุมแขนทั้ง 2 ข้าง แล้วใช้เชือกหรือกระดาดเทปกาวผูกมัดผ้าไว้ เพื่อให้เชือกรัดแขนไม่สัมผัสตัวผู้ป่วย ลดการเปราะเปื้อน สามารถใช้ซ้ำได้ และป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการระับความรู้สึก แต่ภายหลังการใช้งานยังคงพบปัญหา ดังนี้

1. ผู้ป่วยยังคงรู้สึกกลัว อึดอัด และรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการใช้เชือกผูกยึดแขนผู้ป่วย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มขณะให้การระับความรู้สึก แม้ได้ขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทำการผูกยึดแขนแล้ว

2. มีปัญหาสายน้ำเกลือเลื่อนหลุด โดยพยาบาลมองไม่เห็น เพราะมีผ้าที่ปิดแขนไว้ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำหรือเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่กำลังให้การพยาบาลอาจได้รับอันตรายได้ เนื่องจากการใช้เชือกหรือกระดาดเทปกาวผูกยึดแขน 2 ข้างไว้ ถ้าผูกเชือกไม่แน่นมาก โดยใช้นิ้วมือสอดรอด

ผ่านได้ เมื่อผู้ป่วยที่ยังตื่นจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกได้ไม่ดี ดัน ทำให้เชือกหลุดหรือ กระดาษเทปกาวขาด

จากการเก็บข้อมูลในหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีผู้เข้ารับบริการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนเพื่อทำผ่าตัด ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,287 ราย พบอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัดดังนี้ ผู้ป่วยตกเตียงผ่าตัดแต่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเตียง 1 ราย ผู้ป่วยตกเตียงผ่าตัดและมีข้อสะโพกหลุด 1 ราย ผู้ป่วยแขนเลื่อนหลุดจากเตียงผ่าตัดเกิดหัวไหล่หลุด 1 ราย ผู้ป่วยแขนเลื่อนหลุดจากเตียงผ่าตัดเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาท Brachial nerve 3 ราย เจ้าหน้าที่ถูกผู้ป่วยตีและพยายามแย่งสายดูดเสมหะเนื่องจากถูกกระตุ้นจากการดูดเสมหะภายหลังการระงับความรู้สึก 7 ครั้ง มีอุบัติการณ์สายน้ำเกลือหลุดขณะผ่าตัด 18 ราย ผู้ป่วยแขนเลื่อนหลุดจากเตียงผ่าตัดทำให้เกิดรอยขีดข่วนรอยชำที่แขน 3 ราย และผู้ป่วยเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการได้รับสารน้ำ 8 รายหลังผ่าตัด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการทำผ่าตัดทุกรายจะต้องได้รับการเปิดเส้นเลือดดำ เพื่อเป็นทางให้สารน้ำ และนำยาสลบ ผู้ป่วยผ่าตัดถือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายหรือการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน ยาระงับความรู้สึกมีผลกดการทำงานของร่างกาย อีกทั้งการผ่าตัดทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเกิดการสูญเสียเลือด สายน้ำเกลือจึงมีความสำคัญมากในการช่วยชีวิตผู้ป่วยในระหว่างผ่าตัดทุกระยะ เช่น ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ยาลดความวิตกกังวล ยานำสลบทาง

หลอดเลือด ระยะผ่าตัดที่มีการสูญเสียเลือดมาก เพื่อให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนหรือการให้ยาช่วยชีวิตในกรณีฉุกเฉิน ระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้ยาบรรเทาอาการปวด เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลสายน้ำเกลือจึงมีความสำคัญมากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะทุกระยะที่มีภาวะฉุกเฉินและทุกระหว่างการผ่าตัด ซึ่งจากข้อมูลได้นำมาวิเคราะห์พบว่า อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดจากอุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึดแขนผู้ป่วยขาดชำรุดและไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรมปลดกแขนผูกยึดเพื่อใช้สำหรับดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่วิสัญญีในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างและพัฒนานวัตกรรมปลดกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ปลดกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้นวัตกรรมปลดกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ได้แก่ รอยชำ บาดแผล การเลื่อนหลุดของข้อ การบาดเจ็บของเส้นประสาท ไม่เกิดเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ หลังใช้นวัตกรรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อนวัตกรรมหลังใช้นวัตกรรมกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50)

3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพของนวัตกรรมกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการของการคิด
เชิงออกแบบ มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เข้าใจปัญหา

2) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน 3) ระดมความคิด
4) สร้างต้นแบบที่เลือก และ 5) ทดสอบ⁴
ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมดำเนินการ
วิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 พัฒนานวัตกรรมปลูก
แขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับ
การระงับความรู้สึก โดยประยุกต์เอารูปแบบ
กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบ 5 ขั้นตอน
ดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: การเข้าใจปัญหา (Empathize)
ผู้วิจัยสอบถามและสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ใน
หน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชท่าบ่อพบว่า เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วย
ตกเตียงผ่าตัด มีผู้ป่วยข้อสะโพกหลุด มีผู้ป่วย
หัวไหล่หลุด มีผู้ป่วยเกิดการบาดเจ็บของ
เส้นประสาท Brachial nerve เนื่องจากไม่ได้รัด
แขนผู้ป่วยขณะผ่าตัด และขณะผ่าตัดมีปัญหา
สายน้ำเกลือของผู้ป่วยเลื่อนหลุดโดยที่พยาบาลไม่
เห็น เนื่องจากใช้ผ้าห่อแขนผู้ป่วย จึงทำให้มอง
ไม่เห็นสายน้ำเกลือเลื่อนหลุด

ขั้นตอนที่ 2: กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อที่จะ

คัดกรองให้เหลือเฉพาะปัญหาที่แท้จริง พบว่า
อุปกรณ์ที่ใช้ในการผูกยึดแขนผู้ป่วยกับเตียง
ผ่าตัดขาดชำรุด และไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่
ในหน่วยงานวิสัญญี จึงใช้เชือกที่ทำจากผ้าเขียว
ของโรงพยาบาล เมื่อสกปรกต้องส่งลงไปทำ
ความสะอาดที่ตึกซักฟอกของโรงพยาบาล ทำให้
เกิดการสูญหาย การหมุนเวียนเชือกไม่เพียงพอ
ต่อการใช้งาน พยาบาลวิสัญญีจึงแก้ปัญหา
โดยใช้ผ้าเช็ดหน้าคลุมแขนผู้ป่วยก่อนรัดเชือก
ผูก เพื่อไม่ให้เชือกสกปรกและสามารถนำมาใช้
กับผู้ป่วยคนใหม่ได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดการขยับ
สายน้ำเกลือเลื่อนหลุด พยาบาลจึงมองไม่เห็น

ขั้นตอนที่ 3: ระดมความคิด (Ideate)
ผู้วิจัยทำการ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญ ที่สามารถ
ช่วยลดการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากจากผูกยึด
และการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ นำมาพัฒนา
ทำนวัตกรรม

ขั้นตอนที่ 4: สร้างต้นแบบ (Prototype)

1) นำแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ศึกษามาพัฒนา

ต่อยอดและผลิตชิ้นงานต้นแบบนวัตกรรมขึ้น
ดังรูป



2) จัดวิพากษ์ต้นแบบนวัตกรรม ผลการ
วิพากษ์พบว่า นวัตกรรมควรมีสายยึดตัวติดกับ
ที่วางแขนได้ ป้องกันการสูญหาย การใช้กระดุม
แป๊กพลาสติก ทำให้ไม่สะดวกในการใช้งาน
เนื่องจากต้องติดกระดุมหลายเม็ด ผู้วิจัยนำผล
วิพากษ์มาปรับปรุงแก้ไขผลิตชิ้นงานนวัตกรรมใหม่
โดยเพิ่มที่ยึดนวัตกรรมกับเตียง ติดตีนตุ๊กแก
แทนกระดุมแป๊กพลาสติก และนำไปทดลอง
ใช้งานจริง ดังรูป



ขั้นตอนที่ 5: ทดสอบ (Test)

ทดสอบในระยะที่ 1 นำชิ้นงานนวัตกรรม
ไปทดลองใช้งานจริง ยังพบปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่
สามารถมองเห็นตำแหน่งสายน้ำเกลือ เนื่องจาก
นวัตกรรมปิดแขน ดังรูป



ทดสอบในระยะที่ 2

1) ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบในการ
ทดสอบระยะที่ 1 คือ นวัตกรรมปิดแขน
เจ้าหน้าที่ไม่สามารถมองเห็นตำแหน่งสายน้ำเกลือ
ผู้วิจัยแก้ไขโดยใช้พลาสติกใสแบบหนาด้านบน
นวัตกรรม เพื่อเพิ่มการมองเห็น แก้ไขปรับปรุง
ทั้งลักษณะภายนอก ลักษณะภายใน เพื่อความ
สวยงาม เมื่อได้นวัตกรรมที่สมบูรณ์จึงนำมาใช้
เป็นเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ ดังรูป



การวิจัยระยะที่ 2 ใช้ระเบียบการวิจัย
แบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
นวัตกรรมปลอกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ
แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
ของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ชนิดโรค
การผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด

2.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน
ได้แก่ รอยซ้ำ บาดแผล การเลื่อนหลุดของข้อ
การบาดเจ็บของเส้นประสาท ไม่เกิดเลื่อนหลุด
ของสายน้ำเกลือ

2.2.1 ส่วนที่ 3 แบบประเมินความ
พึงพอใจของผู้รับบริการ ในการใช้นวัตกรรม
ปลอกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ จำนวน
5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5
ระดับจากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงพึง
พอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2.3 ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพของนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ประกอบด้วย ความแข็งแรงของนวัตกรรม ขนาดและน้ำหนักของนวัตกรรม วัสดุที่นำมาใช้ในการทำนวัตกรรม การออกแบบเหมาะสมต่อการทำความสะอาด ความสะดวกในการใช้งาน ประโยชน์จากการใช้งาน ความปลอดภัยของผู้ใช้งาน ง่ายต่อการบำรุงรักษา และความเหมาะสมของต้นทุน (57 บาท/ชิ้น)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้องด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับตัวอย่าง

ประชากรและตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคนิ้วในถุงน้ำดี เนื้องอกมดลูกและรังไข่ กระดูกขาหัก ต่อมลูกหมากโต นิ้วในท่อน้ำดี นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้นที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบไม่ฉุกเฉิน อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ ต้องได้รับการตรวจเยี่ยมล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนได้รับการผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis และ วิ ศ ญ ญ พ ย า บ า ล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ทั้งหมดจำนวน 13 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง COA No. NKPH 9 เลขที่โครงการวิจัย 9/2565 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยอธิบายที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยแก่ตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ผู้วิจัยอธิบายที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนผ่าตัดทุกราย และกลุ่มที่ 2 วิสัญญีพยาบาลจำนวน 13 คน ให้ความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงการใช้งานนวัตกรรมให้แก่ตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลให้สามารถใช้งานได้ถูกต้องทุกคน จากนั้นอธิบายการเก็บข้อมูลเครื่องมือวิจัยให้ตัวอย่างดังกล่าวทราบ เพื่อให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้อง
2. ตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลทดลองใช้งานนวัตกรรม และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินประสิทธิผลและแบบประเมินคุณภาพการใช้งานนวัตกรรม

3. ตัวอย่างผู้ป่วยทำแบบประเมินการใช้งานนวัตกรรม หลังได้รับการทดลองใช้นวัตกรรม

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อน และให้ตัวอย่างประเมินความพึงพอใจและคุณภาพของนวัตกรรม (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

2. วิเคราะห์ภาวะแทรกซ้อนหลังใช้นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมของผู้รับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50) โดยใช้สถิติ One sample t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $<.001$

4. วิเคราะห์คุณภาพของนวัตกรรมวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50) โดยใช้สถิติ One

sample t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $<.001$

ผลการวิจัย

1. นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทำจากผ้าห่อเช็ดเครื่องมือผ่าตัด มีน้ำหนักเบา สามารถกันน้ำ ทำความสะอาดได้ง่าย และสามารถติดตั้งกับที่วางแขนเตียงผ่าตัดได้ทุกชนิด เนื่องจากมีตัวล็อกล้ามปูที่สามารถปรับขนาดให้เข้ากับที่วางแขนเตียงผ่าตัดได้ ลักษณะภายนอก เป็นสีเหลี่ยมผืนผ้า ตัวปลูกแขนด้านบนเป็นพลาสติกใส สามารถมองเห็นแขนผู้ป่วยได้ทั้งหมด อีกทั้งยังสามารถเปิดออกด้านข้างได้ เพื่อให้ง่ายต่อการให้การพยาบาล มีตัวล็อกปลูกแขนกับที่วางแขนเตียงผ่าตัด 2 สาย และสายรัดแขนผู้ป่วย 2 สาย ดังรูป



รูปที่ 1 ด้านบนเป็นพลาสติกใสสามารถมองเห็นแขนผู้ป่วย



รูปที่ 2 นวัตกรรมมีสายรัดกับเตียงผ่าตัด

ลักษณะภายในปลูกแขนเป็นผ้ากันน้ำ เมื่อเปื้อนน้ำหรือเลือดสามารถเช็ดทำความสะอาด

สะอาดได้ง่าย และสามารถทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อได้



รูปที่ 3-4 นวัตกรรมด้านในกันน้ำเมื่อเปื้อนน้ำหรือเลือดสามารถเช็ดทำความสะอาดได้

2. ประสิทธิภาพของการใช้ปลอกแขนผูก
ยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการ
รับความรู้สึก

2.1 ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษา
พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่า
เพศชาย ร้อยละ 59.3 อายุ 60 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 33.3 เข้ารับการผ่าตัดด้วยโรค Gall
stone ร้อยละ 29.6 เข้ารับการผ่าตัด LC ร้อยละ
29.6 และศัลยแพทย์ใช้ระยะเวลาผ่าตัด
ผู้รับบริการน้อยกว่า 1 ชม. ร้อยละ 77.8

2.2 ภาวะแทรกซ้อนหลังใช้
นวัตกรรมปลอกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือ

ในผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึก หลังการใช้
งาน ตัวอย่างไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ รอยซ้ำ
บาดแผล การเลื่อนหลุดของข้อ การบาดเจ็บ
ของเส้นประสาท ไม่เกิดเลื่อนหลุดของสาย
น้ำเกลือ

2.3 ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมตาม
ความคิดเห็นของผู้ป่วยกับค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป
(>3.50) โดยใช้สถิติ One sample t-test พบว่า
หลังใช้นวัตกรรม ตัวอย่างมีคะแนนความพึง
พอใจ ทั้งภาพรวมและรายข้อมากกว่าระดับดี
ขึ้นไป ($=3.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อนวัตกรรมกับค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50) โดยใช้สถิติ One sample t-test

ความพึงพอใจ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
รูปแบบและความเหมาะสมของนวัตกรรม	27	4.56	0.64	8.563	26	<.001
ความสะดวกสบาย ไม่อึดอัดขณะใช้นวัตกรรม	27	4.81	0.40	17.259	26	<.001
วัสดุที่นำมาใช้ในการทำนวัตกรรม	27	4.63	0.57	10.391	26	<.001
ขนาดและน้ำหนักของนวัตกรรม	27	4.81	0.48	14.135	26	<.001
ความปลอดภัยขณะใช้นวัตกรรม	27	4.89	0.32	22.535	26	<.001

*p<.001

2.4 คุณภาพของนวัตกรรมตามความ
คิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลโดยใช้สถิติ One
sample t-test ทั้งภาพรวมและรายข้อ

มีค่าเฉลี่ยมากกว่าระดับดีขึ้นไป ($=3.50$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพของนวัตกรรมกับค่าเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (>3.50) โดยใช้สถิติ One sample t-test

คุณภาพ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ความแข็งแรงของนวัตกรรม	13	4.23	0.60	4.387	12	<.001
ขนาดและน้ำหนักของนวัตกรรม	13	4.65	0.51	8.130	12	<.001
วัสดุที่นำมาใช้ในการทำนวัตกรรม	13	4.46	0.51	6.787	12	<.001
การออกแบบเหมาะสม	13	4.54	0.51	7.352	12	<.001
ง่ายต่อการทำความสะอาด	13	4.85	0.38	12.809	12	<.001
ความสะดวกในการใช้งาน	13	4.23	0.44	5.982	12	<.001
ประโยชน์จากการใช้งาน	13	4.69	0.48	8.939	12	<.001
ความปลอดภัยของผู้ใช้งาน	13	4.77	0.44	10.407	12	<.001
ง่ายต่อการบำรุงรักษา	13	4.54	0.52	7.211	12	<.001
ความเหมาะสมของต้นทุน (57 บาท/ชิ้น)	13	4.77	0.44	10.407	12	<.001

*p<.001

อภิปรายผล

การสร้างและพัฒนานวัตกรรมปลูกแขนผูกยึด และดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ผลการพัฒนานวัตกรรมพบว่า นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้น มีน้ำหนักเบา สามารถกันน้ำ และทำความสะอาดได้ง่าย ระบายความร้อน ตัวปลูกแขนด้านบนเป็นพลาสติกใสสามารถมองเห็นแขนผู้ป่วยได้ทั้งหมด สามารถเปิดออกด้านข้างได้ เพื่อให้ง่ายต่อการให้การพยาบาล ลักษณะภายในปลูกแขนเป็นผ้ากันน้ำ สามารถเช็ดทำความสะอาดได้ง่าย และสามารถทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อได้ และสะดวกในการใช้งานสามารถติดตั้งกับที่วางแขนเตียงผ่าตัดได้ทุกชนิด สามารถกันน้ำและสิ่งคัดหลั่ง ตลอดจนปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ ทำจากผ้ากันน้ำ ทำให้สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนของอุณหภูมิภายในได้

การพัฒนานวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกมีความแตกต่างจากนวัตกรรมที่ผ่านมา กล่าวคือ นวัตกรรมที่ผ่านมาส่วใหญ่ที่สุดที่ใช้ในการทำนวัตกรรม ถูงมือพิเศษ ทำจากกระปุกน้ำเกลือที่ใช้แล้ว และใช้ไหมพรมถักหุ้มปลายขวด เพื่อทำเป็นที่รัดแขนผู้ป่วย⁵ นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดแขนหรือขาผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำมาจากผ้าฝ้าย⁶ นวัตกรรมถูงมือพิเศษ ทำจากผ้าฝ้าย⁷ นวัตกรรมถูงมือไหมพรม ป้องกัน IV หลุดเลื่อนทำมาจากไหมพรม⁸ การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3 in 1) ทำจากผ้าฝ้ายและเสริมใยสังเคราะห์ภายใน⁹ และนวัตกรรม No phleb safe soft ทำจากผ้าฝ้าย¹⁰

จากการเลือกใช้วัสดุที่ทำมาจากขวดน้ำเกลือ ผ้าฝ้าย และไหมพรม แม้สามารถป้องกันการเลื่อน หลุดของเข็มได้เหมือนกัน

แต่จะมีปัญหาการระบายความร้อนในตำแหน่งที่ใช้ และยากแก่การประเมิน และมีข้อจำกัดคือ หากมีการเปลี่ยนตำแหน่งการแทงเส้นเลือดที่ตำแหน่งอื่นที่ไม่ใช่หลังมือ เช่น ข้อมือ แขน ท้องแขน หรือข้อพับแขน ทำให้ไม่สามารถนำนวัตกรรมมาใช้ได้ โดยเข็มที่ใช้แทนมีอายุการใช้งาน 3 วัน และต้องประเมินบริเวณที่แทงอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการประเมิน อาจเกิดการเลื่อนหลุดของสาย น้ำเกลือ หรือเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบได้ อีกทั้งผ้าฝ้ายและไหมพรม ไม่สามารถกันน้ำและ สิ่งคัดหลั่งได้ เมื่อใช้แล้วจำเป็นต้องส่งไปทำความสะอาดที่ซักฟอกของทางโรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาซำรุด สูญหาย หรือการหมุนเวียนใช้ของนวัตกรรมไม่เพียงพอในหอผู้ป่วยได้ จากการพัฒนานวัตกรรม

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตัวอย่างหลังใช้งาน นวัตกรรม จากการศึกษาพบว่า หลังใช้นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ตัวอย่างไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ รอยขีดบริเวณแขน บาดแผล เช่น รอยถลอก ไม่มีการเลื่อนหลุดของข้อต่อต่าง ๆ เช่น หัวไหล่หลุด ข้อมือหลุด หลังการใช้อุปกรณ์ปลูกแขนผูกยึด ตัวอย่างไม่มีอาการชา ปวดเมื่อย กางแขนได้ไม่สุด แขนอ่อนแรง ไม่มีการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ตลอดจนการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณแขน ผลการศึกษครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษานวัตกรรม การป้องกันการเลื่อนหลุดของสายน้ำกลุ่มในการศึกษา ที่ผ่านมา คือ นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดแขนหรือขา ผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁶ วิจัยและพัฒนา นวัตกรรม อุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3 in 1)⁹ และนวัตกรรม No phleb safe soft¹⁰ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก

นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทำจากผ้าห่อเช็ดเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้แล้ว มีน้ำหนักเบา มีสายรัดแขน 2 สาย ซึ่งการรัดสายด้วยตีนตุ๊กแกทำให้เกิดแรงกดทับน้อย ผู้ป่วยสามารถขยับแขนได้จำกัด ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อีกทั้งตัวปลูกแขนด้านบนเป็นพลาสติกใส สามารถมองเห็นแขนผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้สามารถประเมินพบการรั่วซึมหรือภาวะเสี่ยงต่อการเลื่อนหลุดของบริเวณแทงเส้นได้ ทำให้บริเวณนั้นไม่มีการเลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ และภาวะหลุดเลือดดำอีกเสบ

นอกจากนั้นทางวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หลังใช้งานนวัตกรรม จากการศึกษาคุณภาพของนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทั้งภาพรวมและรายข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก กล่าวคือนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก มีความแข็งแรง ขนาดและน้ำหนักเบา วัสดุที่นำมาทำกันน้ำและสิ่งคัดหลั่ง สามารถระบายอากาศได้ดี ป้องกันการสูญเสียอุณหภูมิกายได้ การออกแบบมีความเหมาะสม ง่ายต่อการทำความสะอาดสะดวกในการใช้งาน ง่ายต่อการบำรุงรักษา มีต้นทุนในการทำ 57 บาท/ชิ้น ลงทุนแค่ครั้งเดียว เมื่อเกิดการชำรุดสามารถซ่อมแซมได้ง่าย เนื่องจากวัสดุที่นำมาทำเป็นผ้าห่อเช็ดเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้แล้ว ซึ่งเป็นสิ่งของเหลือใช้ในห้องผ่าตัด สามารถนำมาซ่อมแซมได้ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม อีกทั้งนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ยังมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกผูกยึด วิสัญญีพยาบาลสามารถดูแลสายน้ำเกลือในขณะที่ผ่าตัดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ในขณะที่ได้รับการระงับความรู้สึก

นอกจากนี้พบว่าหลังใช้นวัตกรรมตัวอย่าง ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ตัวอย่างมีคะแนนความพึงพอใจต่อนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทั้งภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับดีขึ้นไป ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษานวัตกรรมการป้องกันการเลื่อนหลุดของสายน้ำกลุ่มในการศึกษาที่ผ่านมา คือ นวัตกรรมถุงมือพิเศษ⁵ นวัตกรรมอุปกรณ์ผูกยึดแขนหรือขาผู้ป่วยเด็กระหว่างให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ⁶ นวัตกรรม ถุงมือพิเศษ⁷ นวัตกรรมถุงมือใหม่พรม ป้องกัน IV หลุดเลื่อน⁸ การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม “อุปกรณ์ผูกยึดเข็ม IV (3 in 1)”⁹ และ นวัตกรรม No phleb safe soft¹⁰ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้เชือกผูกมัดแขนผู้ป่วยแบบเดิมไม่ได้ขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทำการผูกมัดแขนแล้ว แต่ผู้ป่วยยังคงรู้สึกกลัว อึดอัด และรู้สึกไม่ปลอดภัย การนำนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดและดูแลสายน้ำเกลือ ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ที่ใช้สายรัดแขน แทนการผูกเชือกมัดแขน จึงเป็นการตอบโจทย์ผู้ป่วยในข้อนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย และมีความความพึงพอใจต่อนวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ทั้งภาพรวมและรายข้ออยู่ในระดับดีขึ้นไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

นวัตกรรมปลูกแขนผูกยึดเพื่อดูแลสายน้ำเกลือในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก สามารถช่วยลดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกได้ เช่น การเกิดรอยช้ำบริเวณแขน การเกิดบาดแผล การเลื่อนหลุดของข้อต่อต่าง ๆ เช่น หัวไหล่หลุด ข้อมือหลุด

การเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่บริเวณข้อมือและหัวไหล่ และลดอุบัติการณ์เลื่อนหลุดของสายน้ำเกลือ ช่วยให้อัตราการพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางวิชาชีพสามารถนำนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการรับความรู้สึกในขณะทำผ่าตัดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อีกทั้งสามารถนำไปพัฒนาเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้ไม่ใช้นวัตกรรม และกลุ่มที่ใช้นวัตกรรม โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

2. ควรมีการติดตามจำนวนครั้งของการนำกลับไปใช้ซ้ำ และอายุการใช้งานของนวัตกรรม

References

1. Duffy ME. The Joanna Briggs institute: its contribution to evidence-based practice. Clin Nurse Spec. 2005;19(4):184-6. doi: 10.1097/00002800-200507000-00007.
2. Rickelman BL. Demoralization as a precursor to serious depression. J Am Psychiat Nurs. 2002;8(1):9-17. doi: 10.1067/mpn.2002.122629.
3. Meejun N, Imsomboon U, Bartlett JM, Anakamane K. Perspectives of health care personnel on Inpatient falls: a qualitative study in Theppharat Building: Ramathibodi Hospital. Mahidol R2R e-Journal. 2022; 9(3):51-65. doi: 10.14456/jmu.2022.25. (in Thai).
4. Tanglakmankhong K, Khammathit A, Thamwongsa N, Phromraksa M, Dokchaba N, Krungsanmuang T, et al. Effectiveness

of the application of design thinking and interprofessional education approach on the 4Cs of learning skills and interprofessional collaborative competencies in nursing innovation course. Journal of Information and Learning. 2021;32(3):14-24. doi: 10.14456/jil.2021.20. (in Thai).

5. Butcharan J. Magic gloves: innovation project. Udon Thani: Sangkhom Hospital. 2010. (in Thai).
6. Younboonhlim k, Rungmach P, Impali P, Phasuk S, Phinijwechakam C, Photheadom W, et al. Innovative equipment for fixing the arm or legs of pediatric patients during intravenous fluid administration: innovation project. Bangkok: Hospital for Tropical Diseases. 2010. (in Thai).
7. Pediatric Ward Personnel. Magic gloves: innovation project. Nong Bua Lamphu: Pediatric Ward, Nong Bua Lamphu Hospital. 2016. (in Thai).
8. Kwanthong J, Chatprayoon W. Wool gloves to prevent IV slippage: innovation project. Trang: Kantang Hospital. 2016. (in Thai).
9. Karasin S, Thiprak A, Chanaphukhan S. Innovation research and development "The fixation of IV (3 in 1)" in pediatric patients receiving intravenous solution. In The 3rd Ratchathani national academic conference: disruptive innovation. 25 May 2018; Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University; p. 489-99. (in Thai).
10. General Ward 1. Innovation no phleb safe soft: innovation project. Ratchaburi: Health Center 5; 2019. (in Thai).

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสที ยกสูง ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

พรรรัตน์ ไชคั่นดาลสกุล* ศิริพร ครุฑกาต** นภาพรพัชร มั่งถึก*** ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง ที่ได้รับการรักษาด้วยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติและศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง

วิธีดำเนินการวิจัย : การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) ประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ ตัวอย่าง คือ พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 15 คน และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง ระดับ I และ II ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซัน การทดสอบค่าที และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการวิจัย : 1) สถานการณ์การพยาบาลพบว่า (1) ผู้ป่วยเกิดเลือดออกหรือก้อนเลือดบริเวณที่ทำหัตถการ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 6-8 วัน (2) แนวปฏิบัติการพยาบาลยังไม่ครบทุกมิติ การวางแผนจำหน่ายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 2) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มี 6 ระยะ และ 3) ผลลัพธ์หลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ความรู้ของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภาวะเลือดออกหรือก้อนเลือดได้ผิวน้ำบริเวณที่ทำหัตถการ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.79, 4.61$; $SD=0.15, 0.39$ ตามลำดับ)

สรุปผล : แนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายที่มีมาตรฐาน ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง เกิดผลลัพธ์ที่ดี

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติการพยาบาล โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสที ยกสูง การเปิดขยายหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ

* กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศิริพร ครุฑกาต, E-mail: siriporn.kr@bcnnon.ac.th

Development of a clinical nursing practice guideline for patients with ST-elevation myocardial infarction in Intensive Care Unit, Pranangklao Hospital, Changwat Nonthaburi

Pornrat Chockbandanskul* Siriporn Kruttakart** Noppornpatch Mangtuek***
Sasithorn Lerdpiromluk*

Abstract

Background: Patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing coronary artery revascularization are at risk of complications from both the disease and the intervention.

Objectives: To evaluate current nursing practice, develop evidence-based nursing practice guidelines, and examine the outcomes of implementing these guidelines for STEMI patients.

Methods: This research and development study comprised three phases: 1) assessment of existing nursing practices, 2) development of evidence-based nursing guidelines, and 3) evaluation of the outcomes of guideline implementation. Participants included 15 nurses from medical intensive care units and 30 Killip class I and II STEMI patients undergoing primary coronary revascularization. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, t-test, and Fisher's exact test.

Results: 1) The nursing situation revealed that: (1) Patients experienced bleeding or hematoma at the procedure site, with hospital stays of 6-8 days, and (2) Nursing practice guidelines were not comprehensive in all dimensions, and discharge planning were discrepancy. 2) The developed practice guidelines were comprised of six phases. 3) After implementing the guidelines, it was found that nurses' knowledge increased significantly ($p < 0.05$). bleeding and hematoma complications at the surgery site and hospital stay duration significantly decreased ($p < 0.05$). Satisfaction levels were highest among both nurses and patients ($\bar{X}=4.79, 4.61$; $SD=0.15, 0.39$, respectively).

Conclusions: Clinical nursing practice guidelines from admission to discharge that adhere to standards may lead to improved outcomes in the care of patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI).

Keywords: nursing practice guidelines, ST-elevation myocardial infarction, primary percutaneous coronary intervention

* Department of Nursing Pranangklao Hospital

** Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi. Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** College of Nursing and Health Suan Sunandha Rajabhat University

Corresponding Author: Siriporn Kruttakart, E-mail: siriporn.kr@bcnnon.ac.th

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 1¹ และมีการคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2575 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนต่อปี² ในประเทศไทย พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตอันดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 32.6 ต่อประชากรแสนคน³ การเสียชีวิตของหัวใจขาดเลือดเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST Elevation Myocardial Infarction: STEMI) มากที่สุด ดังนั้นผู้ป่วย STEMI จึงต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (Primary Percutaneous Coronary Intervention: Primary PCI) หรือการให้ยาละลายลิ่มเลือด

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถในการรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) สถิติผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในปี พ.ศ. 2562-2564⁴ มีจำนวน 116, 137 และ 195 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ร้อยละ 73.27, 71.53 และ 68.20 ตามลำดับ จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล 8, 7 และ 6 วัน ตามลำดับ เสียชีวิต ร้อยละ 13.73, 11.67 และ 7.69 ตามลำดับ ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีความรุนแรง (Killip classification)⁵ ระดับ III (มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงและมีภาวะน้ำท่วมปอด) และ IV (มีภาวะช็อกจากหัวใจ) หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมให้การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ทุกรายที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่ขาหนีบจำนวน 42 ราย และข้อมือจำนวน 95 ราย รวม 137 ราย จากรายงานการประชุมของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ปี พ.ศ. 2565 พบปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ดังนี้ 1) ก่อนการทำหัตถการ ต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่แขนซ้าย แต่ให้ที่แขนขวา ทำให้ต้องเสียเวลาเปิดเส้นเลือดใหม่ การเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ครบถ้วน และไม่ได้รายงานผลที่ผิดปกติให้แพทย์ทราบ ทำให้ต้องเลื่อนเวลาในการทำหัตถการ 2) การประเมินลักษณะแผลหลังทำหัตถการไม่ต่อเนื่อง พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออก (Bleeding) และก้อนเลือดใต้ผิวหนัง (Hematoma) บริเวณที่ทำหัตถการ ร้อยละ 12.40 และ 10.22 ตามลำดับ 3) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน 4) คู่มือนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI ที่ใช้ในปัจจุบันไม่ทันสมัยและยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2563⁶ (Acute Coronary Syndrome: ACS guideline)

จากปัญหาที่พบดังกล่าวข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI เพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้งนี้จากการศึกษาของวรรณิกา เสนุภัย พนิดา เตชะโต และสิริพร ดำน้อย⁷ ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทุกด้านร้อยละ 100 นอกจากนี้ บุคลากรเปลี่ยนโหล

และคณะ⁸ ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าหลังใช้รูปแบบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีความสนใจ ที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวปฏิบัติการพยาบาลของชูชีพ⁹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เนื่องจากมีขั้นตอนชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย วิธีการของแต่ละขั้นตอนเปิดกว้างสามารถปรับใช้ได้ตามความเหมาะสมกับบริบท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ระบุแนวทางการปฏิบัติ และ 4) ทดลองใช้แนวปฏิบัติและปรับปรุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง

วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI (Research1: R1) มีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วย STEMI เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากเวชระเบียนย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 105, 116 และ 137 ราย ตามลำดับ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และอาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบรายข้อ (Item-level: I-CVI) และทั้งฉบับ (Scale-level CVI: S-CVI) ได้ เท่ากับ 1.00 เท่ากัน

2. ศึกษาปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ผู้ให้ข้อมูล คือ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 คน ได้แก่ พยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4 คน พยาบาลหัวหน้าห้องปฏิบัติการตรวจสอบหัวใจ 1 คน และอายุรแพทย์โรคหัวใจ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์สภาพปัจจุบัน ปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่า I-CVI ได้เท่ากับ 0.67-1.00 และ S-CVI ได้เท่ากับ 0.95 ผู้วิจัยได้นำข้อคำถาม 1 ข้อที่มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ ไปปรับปรุงข้อความให้ครอบคลุมกับข้อมูลที่ต้องการที่จะนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และทดลองใช้ (Design and

development: D1) โดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลของชุมชน⁹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-trigger phase) นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) มีขั้นตอนดังนี้

2.1 กำหนดเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยกำหนดตัวย่อตามกรอบของ PICOT¹⁰ ดังนี้ (1) ตัวอย่าง (P: Population) เช่น ผู้ป่วย STEMI; (2) วิธีการรักษา/แนวปฏิบัติการพยาบาล (I: Intervention) เช่น Primary PCI, CNPG; (3) การเปรียบเทียบ (C: Comparison) ได้แก่ Post Primary PCI before using CNPG (4) ผลลัพธ์ (O: Outcomes) ได้แก่ Complication, Bleeding, Hematoma (5) ระยะเวลาที่ศึกษา ข้อมูลและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (T: Time) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

2.2 กำหนดแหล่งสืบค้นงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่มีคุณภาพ ได้แก่ CINAHL, Cochrane Library, Pubmed, MEDLINE, ThaiJO, Google Scholar, ThaiLIS ระยะเวลาของการตีพิมพ์เอกสาร ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2565

2.3 คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และจัดลำดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์การประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹¹ จำนวน 18 เรื่อง เป็นงานวิจัยภาษาไทย 12 เรื่อง และภาษาอังกฤษ 6 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยเชิงทดลอง (1A) 2 เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยโดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (1A) 1 เรื่อง วิจัยกึ่งทดลอง (2A) 1 เรื่อง วิจัยและพัฒนา (2A) 3 เรื่อง Case-Controlled Study (3A) 1 เรื่อง และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (4A) 10 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะนำสู่การปฏิบัติ (Evidence-observed phase) มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ยกร่างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยนางานวิจัยจากขั้นตอนที่ 2 เป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย แบ่งเป็น 6 ระยะ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลทุกระยะของแนวปฏิบัติสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล

3.2 ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนเต็ม พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา หาค่า ICVI ได้เท่ากับ 0.37-1.00 และ S-CVI ได้เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลสระบุรี 10 คน และพิจารณาความสอดคล้องของผู้ประเมิน (Percentage of agreement) หาค่าความเที่ยงของผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ได้ช่วงความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง .81-90 ที่ความเชื่อมั่น 95% หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปรับกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุมการวางแผนจำหน่าย

3.3 สร้างคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ 2) พยาบาลที่เชี่ยวชาญโรคหัวใจ และ 3) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติ ตรวจสอบคุณภาพโดยใช้ AGREE¹² ได้ค่าความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติทุกหมวดในภาพรวมร้อยละ 82.85

3.4 สร้างเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย (1) แบบ

ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน (2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบปรนัยเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนเดิม พิจารณาความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 และนำข้อสอบไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 หาค่าความยากของข้อสอบได้เท่ากับ 0.20 - 0.80 ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบได้มากกว่า .20 ขึ้นไป และค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบเท่ากับ .75 แสดงว่าข้อสอบมีคุณภาพดี (3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 5 ระดับ (4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Rating scale 5 ระดับ (5) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก เครื่องมือประเมินผลลัพธ์ทั้ง (3) (4) และ (5) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิเดิม 3 คน หาค่า I-CVI และ S-CVI เท่ากับ 1.00 เท่ากัน

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติไปใช้จริง (Evidence-based phase) (Implementation: Research (R2) และปรับปรุง โดยคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 15 คน เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากวิจัย คือ มีความวิตกกังวลและไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

เกณฑ์การบอกลึก คือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัย ดำเนินการทดลองโดยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ 1) จัดทดสอบความรู้ของพยาบาลก่อนใช้แนวปฏิบัติ 2) ให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติโดยการโค้ชแบบฟิฟตีอี¹³ ร่วมกับการสอนสาธิต 3) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ นำแนวปฏิบัติไปดูแลผู้ป่วย STEMI ตามเกณฑ์ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม ถึง วันที่ 31 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 4) จัดทดสอบความรู้ของพยาบาลหลังใช้แนวปฏิบัติ

4.2 ผู้ป่วย STEMI คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนด Test family ได้แก่ t-tests, Statistical test ได้แก่ Means: Difference between two dependent means (matched pairs) และ Type of power analysis ได้แก่ A priori: compute required sample size-given α , power, effect size ที่ขนาดอิทธิพล .05, ระดับนัยสำคัญ .05, อำนาจการทดสอบ 0.8 ได้ตัวอย่าง 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน แยกเป็นผู้ป่วยที่ทำหัตถการ Primary PCI ที่ขาหนีบ จำนวน 15 คน ที่ข้อมือ จำนวน 15 คน เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป¹⁴ มี Killip classification ระดับ I, II (ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว/มีภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ไม่รุนแรง) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารเข้าใจภาษาไทย เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากวิจัย คือ มี Killip classification เพิ่มขึ้นระดับ III, IV และไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การบอกลึกจากการวิจัย คือ ขอถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดกระบวนการวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation: Development (D2) เป็นการนำผลการทดลองใน

ระยะที่ 2 มาปรับปรุงแก้ไขภาษาแนวปฏิบัติและคู่มือให้ดียิ่งขึ้นและนำไปใช้กับพยาบาล 15 คนเดิมและผู้ป่วย STEMI ใหม่ตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน ระยะเวลาใช้แนวปฏิบัติระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 (6 เดือน) ประเมินผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติดังนี้ 1) พยาบาล ประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และ ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ เลือดออกหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณที่ทำหัตถการ และระยะเวลานอนโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจที่ได้รับการดูแล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ ผ่าน การรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ครั้งที่ 1 เลขที่ EC23/2565 ลงวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 2 เลขที่ EC33/2565 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2565 ครั้งที่ 3 เลขที่ EC02/2567 ลงวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC056/2565 ลงวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 พิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ที่จะได้รับการจากวิจัยให้อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงาน และการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI (1) ข้อมูลผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่าเกิดเลือดออกบริเวณที่ทำหัตถการ ร้อยละ 3.80, 5.17, และ 12.40 ก้อนเลือดใต้ผิวหนัง ร้อยละ 4.76,

4.31, และ 4.37 ตามลำดับ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 6-8 วัน และ (2) ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI พบว่า 1) แนวปฏิบัติ ไม่เป็นปัจจุบัน และไม่ครอบคลุมการพยาบาลทุกมิติ 2) การวางแผนจำหน่ายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 ระยะ ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉิน เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ 2) การพยาบาลผู้ป่วยแรกรับภาวะฉุกเฉิน ประเมินสภาพผู้ป่วยและอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้หลัก OPQRST 3) การพยาบาลผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ชักประวัติการแพ้ยาและอาหารทะเล ทำความสะอาดผิวหนังที่ข้อมือและขาหนีบ 2 ข้าง 4) การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ประเมินอาการแพ้สารจี้ดสีหลอดเลือดหัวใจ 4.1) การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการที่ขาหนีบ จัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ห้ามงอขาข้างที่ทำหัตถการ 4.2) การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการที่ข้อมือ ใช้ Arm board ตรึงข้อมือ ห้ามขยับและงอข้อมือข้างที่ทำหัตถการ 6 ชั่วโมง ประเมินการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย 5) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพ อาการเจ็บหน้าอก และ 6) การพยาบาลระยะพักฟื้น และการวางแผนจำหน่าย พื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD แจกคู่มือการดูแลตนเอง ส่งเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์วันที่ 5 หลังจำหน่าย

3. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

3.1 พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 53.33 เป็นพยาบาลปฏิบัติการ ร้อยละ 60.00 ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โรคหัวใจ 1-5 ปี ร้อยละ 46.66 และผ่านการอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1-5 วัน ร้อยละ 40.00

3.1.1 ความรู้ของพยาบาลที่ใช้ แนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI จากการทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า คะแนนความรู้หลังใช้แนวปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z=-2.68$, $p=.05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (n=15)

กลุ่มเปรียบเทียบ	N	mean rank	sum of ranks
ความรู้ก่อน < หลัง (Positive ranks)	10	2.50	5.00
ความรู้ก่อน > หลัง (Negative ranks)	2	7.30	73.00
ความรู้ก่อน = หลัง (Ties)	3	-	-
รวมทั้งสิ้น	15	-	-
สถิติการทดสอบ			ค่า
Z			- 2.68
Asymp.Sig. (2-tailed)			.005

3.1.2 การปฏิบัติของพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่ขาหนีบและข้อมือ พบว่า

พยาบาลปฏิบัติครบทุกข้อของระยะที่ 1 ถึง 5 คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน แต่ระยะที่ 6 ปฏิบัติไม่ครบทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 93.33 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ที่ขาหนีบ (n=15) และข้อมือ (n=15) ทั้ง 6 ระยะ

พฤติกรรมกรปฏิบัติกรพยาบาลตามแนวปฏิบัติ	การทำ Primary PCI ที่ขาหนีบ		การทำ Primary PCI ที่ข้อมือ	
	จำนวนข้อ	ปฏิบัติ	จำนวนข้อ	ปฏิบัติ
		ครบ (ร้อยละ)		ครบ (ร้อยละ)
ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉิน	4	100 (15)	4	100 (15)
ระยะที่ 2 ระยะแรกรับภาวะฉุกเฉิน	16	100 (15)	16	100 (15)
ระยะที่ 3 ก่อนได้รับการเปิดหลอดเลือดโดย Primary PCI	10	100 (15)	10	100 (15)
ระยะที่ 4 หลังได้รับการทำหัตถการ Primary PCI	9	100 (15)	9	100 (15)
4.1 การพยาบาลภายหลังทำหัตถการที่ขาหนีบ	5	100 (15)	-	-
4.2 การพยาบาลภายหลังทำหัตถการที่ข้อมือ	-	-	11	100 (15)
ระยะที่ 5 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	12	100 (15)	12	100 (15)
ระยะที่ 6 ระยะพักฟื้นและการวางแผนจำหน่าย	26	93.33 (14)	26	93.33 (14)
รวม	82	-	88	-

3.1.3 ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.15$)

3.2 ผู้ป่วย STEMI พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 63.33 เพศหญิงร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 70 ปีร้อยละ 40.00 Killip Classification ระดับ I และ II เท่ากันร้อยละ 50.00 ความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.61$, $SD=0.39$)

3.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

3.3.1 ภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติใหม่ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 30 ราย เกิด Bleeding จำนวน 2 คน และเกิด Hematoma จำนวน 1 คน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ที่ได้รับการดูแลแบบเดิม

(ช่วง 1 กรกฎาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) พบว่า เกิด Bleeding จำนวน 10 คน และเกิด Hematoma จำนวน 9 คน ใช้สถิติ Fisher exact test เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้ง 2 ช่วงเวลา พบว่าการเกิด Bleeding และ Hematoma แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

3.3.2 จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติใหม่ มีค่าเฉลี่ย 3.30 วัน ($SD=0.75$) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วย 30 รายที่ได้รับการดูแลแบบเดิม (ช่วง 1 กรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565) มีค่าเฉลี่ย 6.17 ($SD=1.085$) เมื่อใช้สถิติ t-test เปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยทั้ง 2 ช่วงเวลา พบว่าแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแนวปฏิบัติใหม่และแบบเดิม (N=30)

ผลลัพธ์ทางคลินิก	$\bar{X} \pm SD$		p-value
	ก่อนพัฒนา (n = 30)	หลังพัฒนา (n = 30)	
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	6.17 $\pm$ 1.085	3.30 $\pm$ 0.75	<.001

* p-value < 0.05

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่พบว่าผู้ป่วยเกิดเลือดออกหรือก้อนเลือดใต้ผิวหนังบริเวณที่ทำหัตถการ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลประมาณ 6-8 วัน และแนวปฏิบัติไม่เป็นปัจจุบัน ไม่ครอบคลุมการพยาบาลทุกมิติ การวางแผนจำหน่ายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน สถานการณ์นี้แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI เพื่อป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า พยาบาลควรต้องมีแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่รวดเร็วและประสิทธิภาพ¹⁵

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 ระยะเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย พยาบาลทุกคนปฏิบัติการพยาบาลแต่ละขั้นตอนเหมือนกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการพัฒนา

แนวปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นมาตรฐาน ทำให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนำไปใช้ได้จริงตามบริบทโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย STEMI ตามแนวทางเดียวกัน⁷

3. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติ พบว่าความรู้ของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากพยาบาลได้รับความรู้เรื่องแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI จากการโค้ชแบบพีซีซีีร่วมกับการสอนสาธิต ก่อนปฏิบัติจริง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้ของพยาบาลหลังได้รับการสอนแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ รวมทั้งมีคู่มือแนวปฏิบัติ ส่งผลให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่ขาหนีบ และข้อมือ ได้ครบถ้วนในระยะที่ 1-5 และเกือบครบถ้วนในระยะที่ 6 แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยทุกคน ช่วยให้ได้ผลลัพธ์การพยาบาลที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่า ควรมีการใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่ายและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁷

ในส่วนความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและเป็นระบบ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยทั้งในด้านความปลอดภัยและการฟื้นตัว สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับมากที่สุด⁷ สำหรับการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI อยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยในการได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และสามารถตอบสนองต่อความผิดปกติของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตอยู่ระดับมาก⁸

สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา พบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเลือดออกและก่อนเลือดได้ผิวหนัง และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีจำนวนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การดูแลผู้ป่วยของพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับ Acute Coronary Syndrome: ACS guideline การเกิดภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่ต้องนอนโรงพยาบาลจึงลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถลดภาวะเลือดออกและก่อนเลือดได้ผิวหนังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ที่ให้ความรู้แก่พยาบาล โดยการโค้ชแบบพีซีซีีร่วมกับการสอนสาธิต ทำให้พยาบาลมี

สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วย ครอบคลุม ตั้งแต่เตรียมความพร้อมรับผู้ป่วย แกร็บ จุกเงิน ก่อน-หลัง ทำหัตถการ เฝ้าระวังการ เปลี่ยนแปลงและระงับชีพจรจนวางแผนจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ รวมทั้งเกิด ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริหาร กลุ่มการพยาบาลควร สนับสนุนให้มีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ โดยจัด อบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย STEMI

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในทุกหน่วยงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย Primary PCI ควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้

3. ด้านวิชาการ พยาบาลสามารถนำ แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ ไป ประยุกต์สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคที่มีความเสี่ยงสูง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยติดตามความรู้ พฤติกรรม การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วย นี้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการวิจัยเชิงทดลองที่มีทั้ง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกัน

References

1. World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2020.
2. World Heart Federation. About world heart day 2014. [Internet]. 2014 [cite 2022 Aug 10]; Available from: <http://www.world-heart-federation.org/world-heart-day/about-whd/>
3. Strategy and Planning Division, Office of The Permanent Secretary, Ministry of

Public Health. Public health statistics 2020. Nonthaburi: Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2021. (in Thai).

4. Medical Statistics Department, Phranangklo Hospital. Statistics of patients with ST-elevation myocardial infarction 2019-2022 in Intensive Care Unit, Phranangklo Hospital. Nonthaburi: Phranangklo Hospital; 2022. (in Thai).
5. Killip T 3rd, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two years experience with 250 patients. Am J Cardiol. 1967;20(4):457-64. doi: 10.1016/0002-9149(67)90023-9.
6. The Heart Association of Thailand Under The Royal Patronage of H.M. The King. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Bangkok: Neck Step Design; 2020. (in Thai).
7. Senuphai W, Te-chato P, Damnoi S. Development of a clinical nursing practice guideline for the acute ST elevation myocardial infarction patients in Emergency Department, Songklanagarind Hospital. Princess of Naradhiwas University Journal. 2019;11(3):104-16. (in Thai).
8. Plienpaisong B, Piwpong R, Plongram T, Ngaosri W. Development of nursing care model for ST-segment elevation myocardial infarction patients who had received percutaneous coronary intervention in Buriram Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021; 36(1):63-76. (in Thai).

9. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2):301-9. doi: 10.1016/S0029-6465(22)02468-9.
10. Riva JJ, Malik KMP, Burnie JS, Endicott RA, Busse JW. What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians. *J Can Chiropr Assoc*. 2012;56(3): 167-71.
11. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2014 edition. Adelaide, South Australia: Joanna Briggs Institute, University of Adelaide; 2014.
12. Institute for Medical Technology Research and Evaluation, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Assessment tools. Quality of guidelines for research and evaluation (Appraisal of guideline for research & evaluation II: AGREE II). Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai).
13. Chuenklin T, Laowreandee W. The development of coaching model to enhance nursing instructors' competency that promotes critical thinking skills of nursing students in Praboromarachanok Institute, Ministry of Public Health. *Silpakorn Educational Research Journal*. 2012;4(1):112-29. (in Thai).
14. Arunsaeng P. Nursing care of patients with cardiovascular disease tenth edition. Khon Kaen: Klunghana Vittaya Printing; 2013. (in Thai).
15. Kahawong S, Paoputhai P, Polyiam O, Tabsuri P. The development of nursing practice guideline for patient with acute ST elevated myocardial infarction, Mukdahan Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*. 2014;29(3):149-58. (in Thai).
16. Keawsaead S, Chomjan T, Pongam S. Effects of nursing guidelines for myocardial infarction on outcomes of STEMI patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2015;23(2):64-75. (in Thai).
17. Nanui P, Saetae N, Udae L. Development of a clinical nursing practice guideline for patients with ST elevation myocardial infarction (STEMI) at Emergency Department of Yala Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2022;9(1):228-40. (in Thai).
18. Thabet OF, Ghanem HM, Ahmed AA, Abd-ElMouhsen SA. Effect of developing and implementing nursing care standards on outcome of patients undergoing cardiac catheterization. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2019;8(1):42-54. doi: 10.9790/ 1959-0801054254.
19. Zhang Z, Bai J, Huang Y, Wang L. Implementation of a clinical nursing pathway for percutaneous coronary intervention: a randomized controlled trial protocol. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(43):e22866. doi: 10.1097/MD.00000000000022866.

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

อังคณา ศรีจันทร์* วิสุทธิ์ โนจิตต์** พิมใจ ทวีพัทตร์**

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบฟอร์มบันทึกการกลับมารับการรักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired-t test

ผลการวิจัย : พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ และไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

สรุปผล : พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

* โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พิมใจ ทวีพัทตร์, E-mail: pimjai0402@gmail.com

Effects of the discharge planning program for patients with heart failure on self-care behavior and hospital readmissions

Angkana Srichun^{*} Wisut Nochit^{**} Pimjai Taweepak^{**}

Abstract

Background: Heart failure is a significant health issue that requires continuous care. Discharge planning plays a crucial role in helping patients maintain proper self-care and reducing hospital readmissions.

Objective: To examine the effect of the discharge planning program for patients with heart failure on self-care behaviors and hospital readmissions.

Methods: This quasi-experimental research was conducted using a one-group pretest-posttest design. The sample consisted of 31 participants who were diagnosed with heart failure by physicians and admitted to the hospital between December 2023 and March 2024. Participants were selected using purposive sampling. The intervention instrument was a discharge planning program for patients with heart failure. Data collection tools included a self-care behavior questionnaire and a hospital readmission record form. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

Results: The results showed that the mean score of self-care behaviors was significantly higher after the intervention than before the intervention ($p < .001$), and no patient was readmitted within 28 days.

Conclusions: Nurses and healthcare professionals can apply this program to discharge planning to enhance the quality of care for patients with heart failure, ensuring continuous care between community hospitals and primary care units.

Keywords: discharge planning program, patients with heart failure, self-care behavior

^{*} Wang Thong Hospital, Phitsanulok Province

^{**} Boromarajonani College of Nursing Chainat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Pimjai Taweepak, E-mail: pimjai0402@gmail.com

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) จากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2564-2567 มีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ 6.42-6.62%¹ ในแต่ละปี รัฐบาลต้องใช้งบประมาณ 5-36 ล้านบาท ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่รักษาในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป และยังคงพบอัตราการรักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 20²⁻³ โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้มีเกณฑ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยไม่ใช้วันนัดที่ 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อควบคุมมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ⁴

โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 จำนวน 120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 13 คน และแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม จำนวน 1 คน มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหัวใจล้มเหลวกลับมารักษาซ้ำและเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 ในทิศทางที่เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีร้อยละ 6.25, 12.83, 12.11, 12.73 และ 13.23 ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตเท่ากับ 4, 9, 11, 11 และ 15 คน ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยดังกล่าวประมาณ 3,520,494 บาทต่อปี⁵ ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีการให้ศึกษาแบบทั่วไปแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังไม่มีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม ดังนั้น การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการลดจำนวน

ผู้ป่วยที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เพราะการวางแผนจำหน่ายจะช่วยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ญาติ โดยการให้ความรู้และเตรียมทักษะในการดูแล 6 ประเด็น ได้แก่ การรับประทาน อาหารและน้ำ การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน การประเมินตนเองก่อนอาการแย่ลง และการมาตรวจตามนัด และการดูแลหลังการจำหน่าย ได้แก่ การโทรศัพท์ติดตามอาการ และการเยี่ยมบ้าน⁴

การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะช่วยป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ นอกจากผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว การรับรู้ความเชื่อทางสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตามไปด้วย⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง⁷ ได้มีการนำแนวคิด D-METHOD ซึ่งให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย และอัตราการกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน⁸ สำหรับความเชื่อทางสุขภาพนั้น ได้มีการนำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ⁹ มาใช้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้สมรรถนะตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้⁷ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร น้ำและยา¹⁰ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม¹¹ และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

(Application line) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมที่สามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้¹²

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการผสมผสานแนวคิด D-METHOD ร่วมกับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในองค์ประกอบที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง โดยคาดหวังว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ และความเชื่อทางสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เกิดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ที่ถูกต้อง และลดจำนวนการกลับมารักษาซ้ำ รวมทั้งจะช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาลด้านการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

2. เพื่อศึกษาจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน หลังจำหน่าย

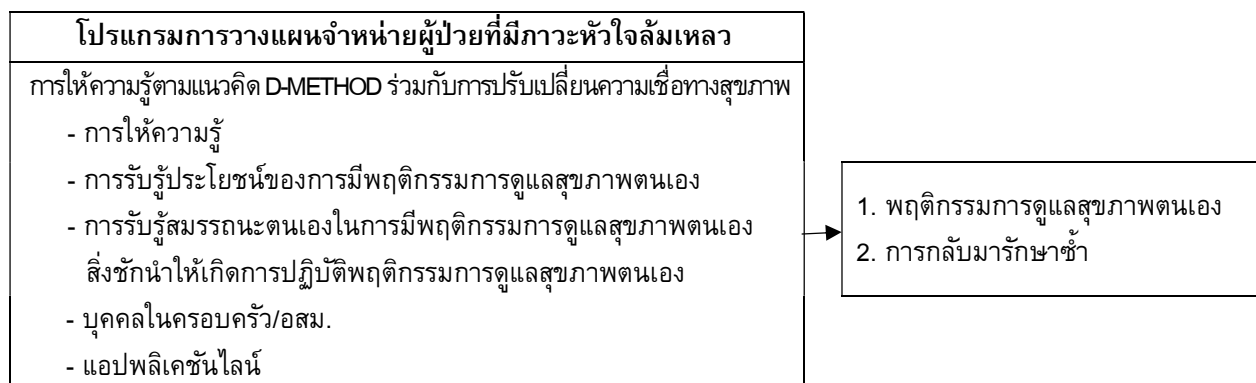
สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. ไม่มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสานแนวคิด D-METHOD กับแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ⁹ โดยการเลือกตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์หรือทำนายพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น (D-Disease) ร่วมกับการให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่ได้รับ (M-Medicine) การจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย (E-Environment) ทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การเฝ้าสังเกตอาการตนเอง (T-Treatment) การส่งเสริม พึ่งพา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน (H-Health) การมาตรวจตามนัดและการติดต่อกรณีฉุกเฉินกับสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (O-Out patient) และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (D-Diet) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแอปพลิเคชันไลน์ (Application line) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest research design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการกลับมารักษาซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการคัดกรองตัวอย่าง

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบประเมินระดับความรุนแรงภาวะโรคร่วม (Comorbidity) โดยใช้แบบประเมิน Charlson Comorbidity Index (CCI)¹³ และส่วนที่ 2 แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 item cognitive impairment test: 6CIT)

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งช่วงคะแนนและแปลค่าของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยรายด้านและในภาพรวม

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	ช่วงคะแนน		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
1) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	30.01-40.00	20.01-30.00	10.00-20.00
2) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจัดการอาการ	12.01-14.00	8.01-12.00	4.00-8.00
3) ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง	18.01-24.00	12.01-18.00	6.00-12.00
4) คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม	60.01-80.00	40.01-60.00	20.00-40.00

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทั้ง 3 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index) เท่ากับ 1, 0.85 และ 0.82 ตามลำดับ⁷ และผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ส่วน ไปทดลองเก็บข้อมูล กับ ตัวอย่าง ที่มีสภาวะบริบท การให้การรักษและการพยาบาลคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลวังทอง จำนวน 30 คน ได้ค่า

แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ¹⁴ ใช้สำหรับตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของ กิตติพงษ์ พินิจพันธ์⁷ จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น แบบมาตราประมาณค่า (rating scale) ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจัดการอาการ จำนวน 6 ข้อ และ 3) ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 6 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามรายด้านมีมาตรวัดที่แตกต่างกัน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (ตารางที่ 1)

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 .85 และ .74 ตามลำดับ

2.2 แบบฟอร์มบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

3.1 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
2) ดำเนินการปรับเปลี่ยนความเชื่อทางสุขภาพ
และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 5 ครั้ง
และ ขั้นตอนที่ 3) การดูแลหลังจำหน่าย

3.2 คู่มือการดูแลสุขภาพตนเอง
สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและคลิวิตีโอ
“การสร้างสมรรถนะแห่งตน” ประกอบด้วยเนื้อหา
ภาวะหัวใจล้มเหลว การสำรวจและดูแลตนเอง
โภชนาการและยาสำหรับผู้ป่วย ตารางบันทึกข้อมูล
สุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ปริมาณน้ำเข้าและออก
อาการบวมที่เท้า การนอนราบและอาการเหนื่อย
การประเมินระยะทางเดิน ในเวลา 6 นาที และ
คลิวิตีโอการนำเสนอตัวแบบ

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ
ล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังทอง
คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power
version 3.1.9.7 กำหนดอำนาจในการทดสอบ .80 ระดับ
นัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 มีค่าขนาดของอิทธิพล
(Effect size) เท่ากับ .77 ซึ่งได้จากงานวิจัยที่มี
ความคล้ายคลึงกับ การวิจัยครั้งนี้¹⁵ ได้ขนาด
ตัวอย่างจำนวน 28 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหาย
ของตัวอย่างจึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 10¹⁶ ได้
ขนาดตัวอย่างจำนวน 31 คน โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
ว่าเป็นโรคหัวใจล้มเหลว 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3)
ความรุนแรงของโรคร่วม เท่ากับ 0-1 คัดกรอง
โดยเครื่องมือดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson
Comorbidity Index)¹³ 4) มีการรับรู้ปกติ ใน
กรณีที่เป็นผู้สูงอายุต้องผ่านการคัดกรองด้วย
แบบประเมิน 6 CIT ฉบับภาษาไทย¹⁴ 5)
สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบก่อน
เข้าร่วมโปรแกรม 6) ผู้ป่วยหรือบุคคลใน
ครอบครัวมีโทรศัพท์ติดตัวและสามารถใช้

แอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 7) ยินยอมเข้าร่วม
โปรแกรม และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เนื่องจากมี
เหตุการณ์สุดิวสัยที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสาร
เลขที่รับรอง PREC 005-2567 ลงวันที่ 20
พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ และให้การดูแล
ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เมื่อมีภาวะไม่
พึงประสงค์ ในรายงานผลการวิจัยจะไม่ปรากฏชื่อ
ที่อยู่ของตัวอย่าง ข้อมูลและเอกสารจากตัวอย่าง
ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำไปทำลาย
เมื่อผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ตัวอย่าง
สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา
และจะไม่กระทบต่อสิทธิที่จะได้รับการรักษา ในกรณี
ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จะมีญาติผู้ดูแลรับฟังการ
อธิบายตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเสนอ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ
ของตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมการลงนามให้
ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย
3. ตัวอย่างได้รับโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายขณะที่นอนรักษาจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30-45
นาที ได้รับการติดตามการดูแลสุขภาพตนเอง
หลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และติดตามประเมินผลในระยะเวลา
28 วันหลังจำหน่ายในทุกกิจกรรมจะให้บุคคล

ในครอบครัวเข้ามาส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล และ กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อขอความร่วมมือ อสม.
ในกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติดูแลที่บ้านจะประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ครั้งที่	โปรแกรมวางแผนการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ก่อนเริ่ม	เก็บข้อมูลและวางแผนดูแล
โปรแกรม	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว
ขณะอยู่	2. ประเมินความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง
โรงพยาบาล	การรับรู้สมรรถนะตนเองในการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาล
เข้าร่วม	1. แจกคู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและบันทึกวิถีทัศน์ในโทรศัพท์มือถือ
โปรแกรม	ของผู้ป่วยหรือบุคคลในบ้านโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
ครั้งที่ 1	2. ให้ความรู้เรื่องโรคและสาเหตุของโรคโดยใช้คู่มือ และวีดิทัศน์ 3. ให้ความรู้เรื่องการช้ยาและให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา เกี่ยวกับสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตภาวะแทรกซ้อน และข้อห้ามในการใช้ 4. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยา 5. ใ้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติช่วยจัดยา ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาเนื่องจากลืม หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
ครั้งที่ 2	ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารและน้ำ และให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารและน้ำ ได้แก่ 1. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานอาหารและน้ำ ได้แก่ การควบคุมปริมาณน้ำไม่เกิน 1.5 ลิตรต่อวัน ควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร แนะนำการอ่านสลากโภชนาการปริมาณโซเดียม การบริโภคอาหาร ผัก ผลไม้ที่มีโปแทสเซียมต่ำ 2. ใ้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้การจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ครั้งที่ 3	การรับรู้สมรรถนะตนเองในการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย 1. ฝึกปฏิบัติกิจกรรมจากระดับง่ายไปยากเพื่อใ้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้ ได้แก่ 1.1 ให้ความรู้ สาธิต และสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกาย 1.2 มีการประเมินระยะทางเดินในเวลา 6 นาที เพื่อเลือกระดับความยากง่ายในการออกกำลังกาย 1.2.1 การเดินทดสอบได้ น้อยกว่า 100 เมตร/ 6 นาที ออกกำลังกายด้วยการฝึกหายใจ และ การเดินช้าๆ ในบ้าน ครั้งละ 2-3 นาที วันละ 2 ครั้ง มีค่าคะแนนความเหนื่อย 10-11 คะแนน 1.2.2 การเดินทดสอบได้ 100-300 เมตร/ 6 นาที ออกกำลังกายด้วยการฝึกหายใจ และเดินออกกำลังกายความเร็วปกติ วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 10 นาที มีค่าคะแนนความเหนื่อย 11-12 คะแนน 1.2.3 การเดินทดสอบได้มากกว่า 300 เมตร/ 6 นาที การออกกำลังกายด้วยการฝึกหายใจ และ เดินออกกำลังกายความเร็วปกติ วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที ค่าคะแนนความเหนื่อย 12-13 คะแนน 2. เสนอตัวแบบโดยการดูคลิปวีดิทัศน์ในโทรศัพท์มือถือ 3. ใ้กำลังใจ และเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามกิจกรรมที่กำหนด

ครั้งที่	โปรแกรมวางแผนการพยาบาลเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
ครั้งที่ 4	ให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง/ประเมินตนเอง/และจัดการตนเองและให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการเฝ้าระวัง/ประเมินตนเอง/และจัดการตนเองและการมาตรวจตามนัด โดยการสาธิตให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวฝึกปฏิบัติบันทึกข้อมูลที่เป็นในสมุดคู่มือ ได้แก่ บวมที่เท้า น้ำหนัก นอนราบ อาการเหนื่อย และระยะทางเดินทดสอบ 6 นาที
ครั้งที่ 5	ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ในเรื่องการรับประทานยา อาหาร และน้ำ การออกกำลังกาย การเฝ้าระวัง/ประเมินตนเอง/และจัดการตนเอง และบันทึกข้อมูลที่เป็นในสมุดคู่มือ
หลังจำหน่าย	1. โทรศัพท์สอบถามอาการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กระตุ้นให้กำลังใจ ตอบคำถามและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมทางแอปพลิเคชันไลน์ 2. ประสานงานกับ อสม. ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น
เมื่อเสร็จสิ้น การทดลอง	ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และบันทึกการกลับมารักษาซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการกลับมารักษาซ้ำโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังทดลองรายด้านและภาพรวม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.62 และเพศชายร้อยละ 48.38 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.97 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.65

จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.29 ระยะเวลาที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว น้อยกว่า 1 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.84 รองลงมา 1 เดือน ถึง 1 ปี และมากกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.03 และ 9.68 ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้านและในภาพรวม พบว่าตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งรายด้านและในภาพรวม หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ (ตารางที่ 3)

3. การกลับมารักษาซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

ตารางที่ 3 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผล และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรายด้านและในภาพรวม (n=31)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	ก่อนการทดลอง		แปลผล	หลังการทดลอง		แปลผล	t	p-value
	$\bar{X}$	SD		$\bar{X}$	SD			
การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	26.00	4.34	ปานกลาง	32.03	11.05	สูง	11.05	.001*
การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อจัดการอาการ	14.87	3.15	ปานกลาง	18.97	1.95	สูง	6.50	.001*

ความมั่นใจในการดูแล สุขภาพตนเอง	13.38	3.59	ปานกลาง	19.48	2.15	สูง	9.43	.001*
การดูแลสุขภาพตนเอง ภาพรวม	54.25	7.94	ปานกลาง	70.48	4.04	สูง	12.38	.001*

* p<.001

อภิปรายผล

ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่มี การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 28 วัน อาจเป็นเพราะว่า ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และมีความเชื่อทางสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย มีการรับรู้ประโยชน์มากกว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ทำให้ตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม และสามารถป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้ ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาผสมผสานกับแนวคิด D-METHOD ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งการให้ความรู้ คำแนะนำที่ช่วยทำให้เห็นประโยชน์การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และการนำแอปพลิเคชันไลน์ มาใช้เป็นส่วนชักนำกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีความสะดวกเมื่อต้องการทบทวนความรู้ และใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวหลังจำหน่าย สอดคล้องกับข้อเสนอของ Shorey และ Lopez¹⁷ ที่กล่าวว่าคนเราจะเกิดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค เมื่อบุคคลนั้นได้รับข้อมูล คำแนะนำจนมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพสามารถ

ป้องกันหรือช่วยลดโอกาสเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณญา เกษไชย¹⁸ ที่พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สามารถช่วยลดการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่าหลังทดลองผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม¹²

การให้บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ข้อมูลจากพยาบาลไปพร้อมกับผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย และเป็นผู้ประสานงานหลักกับพยาบาลหลังจำหน่าย จึงช่วยให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การลงบันทึกน้ำหนัก ปริมาณน้ำเข้า-ออก และเป็น

ผู้โทรศัพท์ติดต่อกับพยาบาลหลังจำหน่าย
สัปดาห์ละครั้ง ผลการวิจัยพบว่าสามารถลดโอกาส
กลับมารักษาซ้ำได้ร้อยละ 82.5 เมื่อเทียบกับก่อน
ได้รับโปรแกรมการดูแล¹⁹

นอกจากนั้นการศึกษาครั้งนี้ ได้จัด
กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะ
ตนเองในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
โดยการนำเสนอตัวแบบโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ซึ่ง
สามารถบันทึกลงในโทรศัพท์มือถือได้ การที่ผู้ป่วย
ได้เรียนรู้จากตัวแบบในสื่อซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ
ล้มเหลวมาแล้วประสบการณ์ตรงของตนเอง ทำให้
ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในสมรรถนะตนเองว่าจะสามารถ
ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม
เหมือนที่ตัวแบบสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้การให้
ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน
ความรุนแรงของโรคจากกิจกรรมที่มีความง่ายก่อนที่จะ
เพิ่มความยาก เมื่อมีความพร้อม และพิจารณาจาก
ระดับความรุนแรงของโรค จากการประเมินระยะทาง การ
เดินใน 6 นาที เช่น การออกกำลังกายด้วยการฝึกหายใจที่
มีคุณภาพ และเพิ่มเป็นกิจกรรมที่ยากขึ้น ด้วยการ
เดินช้า การเดินเร็วปกติ รวมทั้งการขึ้นชมเมื่อผู้ป่วย
สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง
ตามแผน การพยาบาล เช่น การควบคุมปริมาณน้ำ
เข้าและออก การควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร
บันทึกปริมาณน้ำเข้าออก น้ำหนัก อาการบวมที่เท้า
และการประเมินระยะทางการเดินใน 6 นาทีจะช่วย
ให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแล
สุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ
Bandura²⁰ กล่าวว่าบุคคลจะเกิดความเชื่อมั่นใน
สมรรถนะตนเองจากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง
ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบ
ความสำเร็จ 2) การเสนอตัวแบบ 3) กิจกรรมนั้น ๆ
ต้องสามารถกระทำจนเกิดความสำเร็จได้ และ
4) คำนึงถึงความพร้อมทางอารมณ์ และร่างกาย

และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรม
การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าหลังการทดลองกลุ่ม
ทดลองมีพฤติกรรมดูแลภาวะหัวใจล้มเหลว
สูงกว่ากลุ่มควบคุมและไม่มีผู้ป่วยเข้ารับ
การรักษาซ้ำ²¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษาพบว่า หลังทดลอง
ตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูง
กว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็น
ว่าโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มี
ภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพ ช่วยให้
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่
เหมาะสม และช่วยป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ
หลังจำหน่าย 28 วันได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์
สามารถนำโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย
ผู้ป่วยนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน
จำหน่ายเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มี
ภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง หรือ
ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของโปรแกรม
การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ
ล้มเหลวในโรงพยาบาลชุมชนโดยใช้ระเบียบ
วิธีการวิจัยแบบทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่าง
การมีกลุ่มเปรียบเทียบ และการควบคุมตัวแปร
แทรกซ้อน เพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของ
โปรแกรม

2. ควรมีการวิจัยติดตามประเมินผลการ
ใช้โปรแกรม เพื่อดูความคงทนและต่อเนื่องของ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระยะยาว
เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

References

1. Health Data Center, Ministry of Public Health. ICD 10 TM CODE I20-I25. [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 3]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=envocc/format5.php&cat_id=f16421e617aed29602f9f09d951cce68&id=0d40cc093245578ef3ddd91c775c0046. (in Thai).
2. Weerapakorn N, Wiroonhatum K, Wattanapaiboon K, Puyfay B. The association of multidisciplinary heart failure clinic with heart failure hospitalization in Vachiraphuket hospital. Region 11 Medical Journal. 2021;36(1):115-26. doi: 10.14456/reg11med.2022.10. (in Thai).
3. Suthiwartnarueput P. Holistic care providing of chronic heart failure patients by establishing the heart failure clinic in standard (s)-level Banpong hospital. Region 4-5 Medical Journal. 2022;41(1):645-56. (in Thai).
4. Pimtara P, Rongmuang D. Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rates. Journal of Health Science Research. 2020;14(1):128-38. (in Thai).
5. Srichun A. Medical records analysis documents for specific groups of patients with heart failure 2019-2023 Wangthong hospital, Phitsanulok province; 2023. (in Thai).
6. The Heart Association of Thailand. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2022 heart failure guideline. Samutprakan: Nextstep Design; 2022. (in Thai).
7. Pinichpan G. Predicting factors of self-care in patients with heart failure in central region, Thailand [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai).
8. Chottuntiphaisan N. Effectiveness of promoting self-care ability program on self-care behavior, function, and readmission in patients with heart failure [Thesis]. Pathum Thani: Rangsit University; 2024. (in Thai).
9. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q. 1984;11(1): 1-47. doi: 10.1177/109019818401100101.
10. Poncharoen P, Samartkit N, Keeratiyutawong P. Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;25(2):130-43. (in Thai).
11. Chaipadung N, Sriprasong S, Saneha C, Dumavibhat C. Predicting factors of readiness for hospital discharge in patients with heart failure. Nursing Science Journal of Thailand. 2023;14(1):73-86. (in Thai).
12. Intamoon P, Jansiri U, Jaijoi K. Effects of a self-management program via application on self-management behaviors and activities of daily living among patients with congestive heart failure. Journal of Nursing

- and Public Health Research. 2024;4(3): e268265. (in Thai).
13. Charlson ME, Carrozzinob D, Guidib J, Patierno C. Charlson comorbidity index: a critical review of clinometric properties. *Psychother Psychosom.* 2022;91(1):8-35. doi: 10.1159/000521288.
 14. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6 item cognitive function test- Thai version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2020;26(2):188-202. (in Thai).
 15. Cui X, Zhou X, Ma L, Sun T, Bishop L, Gardiner FW, et al. A nurse-led structured education program improves self-management skills and reduces hospital readmissions in patients with chronic heart failure: a randomized and controlled trial in China. *Rural Remote Health.* 2019;19(2):5270. doi: 10.22605/RRH5270.
 16. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Health.* 2008;31(2):180-91. doi: 10.1002/nur.20247.
 17. Shorey S, Lopez V. Self-efficacy in a nursing context. In: Haugan G, Eriksson M, editors. *Health promotion in health care—vital theories and research.* Cham; Springer; 2021.
 18. Kedchai W. The effectiveness of self-care behavior promotion programs on the “Rug Jai Khun” mobile application for patients with congestive heart failure. *Journal of Nursing and Therapeutic Care.* 2023;41(3): e265107. (in Thai).
 19. Phungthong P, Mecharean S, Kumdum J, Kaewthongma C. Effects of self care program in congestive heart failure patients in Uttaradit hospital. *Health Science Clinical Research.* 2020;37(2):59-66. (in Thai).
 20. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control.* New York: W. H. Freeman; 1997.
 21. Mulsrisuk S, Yotha J, Chirakorn A, Jaiborisuttigul N, Thammakul C, Ruangpiyasakul P. Effects of a self-efficacy enhancement program on heart failure care behaviors and revisit rates in patients with heart failure. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2024;39(3):439-54. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยทำงานในสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร

ศิริพร เกาแก้ว* รักษาณก คชไกร** จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกล เป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกล แบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยทำงานในสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยประยุกต์ ใช้ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายร่วมกันของคิงร่วมกับการเยี่ยมบ้านทางไกล ตัวอย่างจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-square test, Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยลดลงจาก 151.33 mmHg เป็น 133.79 mmHg และมีค่าเฉลี่ยผลต่างความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีค่าความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 17.45 mmHg ($\bar{X}=-17.45$)

สรุปผล : โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย สามารถลดระดับความดันซิสโตลิก ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยทำงาน ในสถานประกอบการให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้านทางไกล การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ความดันโลหิตสูง วัยทำงาน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศิริพร เกาแก้ว, E-mail: siriphorn2529@gmail.com

Effects of a transaction remote home visit program on blood pressure levels of working-age patients with uncontrolled hypertension at workplace in Bangkok

Siriphorn Paokaew* Rukchanok Koshakri** Juntima Rerkluenrit**

Abstract

Background: Uncontrolled hypertension is one of the main cause of premature mortality. Implementing a transaction remote home visit program is one approach to controlling blood pressure in patients.

Objectives: To investigate the effects of a transaction remote home visit program on blood pressure levels of working-age patients with uncontrolled hypertension in workplaces in Bangkok.

Methods: This experimental study used a randomized controlled trial design with pre- and post-program assessments. The study applied King's theory in conjunction with remote home visits. A total of 66 participants were recruited, divided into an experimental group and a control group of 33 participants each. The program was conducted over 12 weeks. Data were collected using questionnaires and analyzed using a Chi-square test, a Paired t-test, and an independent t-test.

Results: After the intervention, the experimental group showed a statistically significant reduction in mean systolic blood pressure compared to the control group at a significance level of .05. The mean systolic blood pressure decreased from 151.33 mmHg to 133.79 mmHg. The mean difference between pre- and post-intervention systolic blood pressure in the experimental group was also statistically significant at a .05 level of significance, with a mean reduction of 17.45 mmHg ($\bar{X}=-17.45$).

Conclusions: The transaction remote home visit program effectively lowered systolic blood pressure in working-age patients with uncontrolled hypertension in workplace settings.

Keywords: remote home visit, transaction, uncontrolled hypertension, working-age

* Faculty of Nursing, Mahidol University

** Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

Corresponding Author: Siriphorn Paokaew, E-mail: siriphorn2529@gmail.com

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกวิเคราะห์สุขภาพของประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-79 ปีทั่วโลก พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ 1.28 พันล้านคน¹ มีประมาณ 4 ใน 5 คน ที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเพียงพอ ผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตน และมากกว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ไตวาย และปัญหาด้านสุขภาพอื่น ๆ จนนำไปสู่อันตรายถึงชีวิตได้มากถึงจำนวน 76 ล้านคน ในช่วงปี พ.ศ. 2573-2593² สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562-2563 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 และเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 3.3 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เป็นร้อยละ 76 การเข้าถึงระบบบริการพบว่า มีผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 48.8 ในปี พ.ศ. 2563 ทำให้ได้รับการรักษาลดลงจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6³ ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้⁴ โดยเฉพาะในวัยทำงาน ในปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคความดันโลหิตสูง สูงเป็นอันดับ 4 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน⁵ จากบริบทการทำงานเป็นกะ ทำงานไม่เป็นเวลา มีความเร่งรีบ

ในการทำงาน และลงงานไม่ได้เนื่องจากต้องสูญเสียรายได้เมื่อลงงาน ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมระดับความดันโลหิตเฉลี่ยจากการวัดที่สถานพยาบาลให้อยู่ในระดับต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตเฉลี่ย ที่บ้านต่ำกว่า 135/85 มิลลิเมตรปรอท⁶ การติดตามเยี่ยมบ้าน จึงเป็นวิธีการที่สำคัญในการเพิ่มช่องทาง การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิต ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ สุรา การมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิต เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้²

การดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีหลายรูปแบบ อาทิเช่น การลงพื้นที่จริง การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ โดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ได้นำมาปรับใช้ในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคดิจิทัลสามารถสื่อสารผ่านเทคโนโลยีได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ประกอบกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่มีการคิดค้นและนำนวัตกรรม/รูปแบบบริการ (Service Model) มาปรับใช้เพื่อให้บริการในคลินิก โรคเรื้อรัง เช่น การให้บริการตรวจและเยี่ยมบ้านทางไกล ให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง⁷ ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า การเยี่ยมบ้านทางไกลและการลงพื้นที่จริง มีผลไม่แตกต่างกัน⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า มีการนำทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง ซึ่งเน้น กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพร่วมกัน และทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพในกลุ่มผู้ป่วยได้อย่าง หลากหลาย ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำ โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกล สำหรับผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ้วยทำงานใน สถานประกอบการ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึง ข้อมูล และนำไปปฏิบัติ ในการควบคุมความดัน โลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างมีเป้าหมาย ร่วมกันกับผู้ให้บริการ โดยโปรแกรมการเยี่ยม บ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ ค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมี เป้าหมาย 3) การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย อย่างต่อเนื่อง และ 4) การประเมินพฤติกรรม

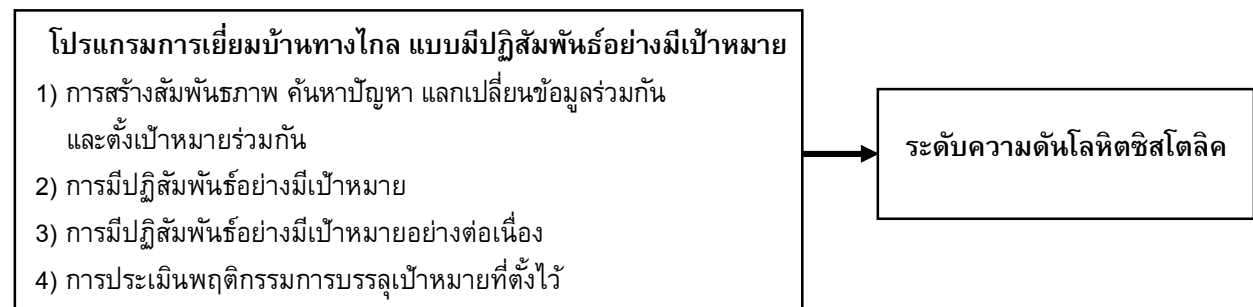
การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุม ระดับความดันโลหิต และป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้าน ทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ้วยทำงานในสถาน ประกอบการ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง⁹ (King's Theory of Goal Attainment) โดยเชื่อว่าหาก พยาบาลและผู้รับบริการมีการรับรู้ปัญหาร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ค้นหาแนวทางในการ แก้ไขปัญหา และปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลง ร่วมกัน จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ในการดูแลสุขภาพร่วมกันรายละเอียด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบ สุ่ม ที่มี กลุ่ม ควบคุม (Randomized controlled trials) แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่ม ควบคุม (Control group)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล

1.1 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด อัตโนมัติ ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิด อัตโนมัติ (Automatic blood pressure

measurement device) ซึ่งได้รับการตรวจสอบมาตรฐานทุกปี โดยใช้เครื่องเดียวกันทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดของยาความดันโลหิตสูงที่รับประทานเป็นประจำ การใช้ยาอื่นร่วม เช่น อาหารเสริมหรือสมุนไพรอื่น ๆ และประวัติการตรวจรักษาเพื่อรับยาตามนัด

1.3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ชลการ ชายกุล¹⁰ มีจำนวน 35 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการติดตามและพบแพทย์ตามนัด เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-4 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 ครั้ง/สัปดาห์ให้ 1 คะแนน) รวมคะแนนที่ได้มีช่วงคะแนนระหว่าง 35-140 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกล

แบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้เวลาในการทำ

กิจกรรมกับตัวอย่าง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมกับตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 ดังนี้

1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง

2) เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

3) กิจกรรมการประเมินตนเอง ค้นหาปัญหา ให้ความรู้ และตั้งเป้าหมายร่วมกันทั้งระยะสั้นและระยะยาว ใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเริ่มต้นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมติดตามและพบแพทย์ ตามนัด โดยใช้สไลด์ PowerPoint และคู่มือการดูแลตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะสิ้นสุดโปรแกรม ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และการลงบันทึกในสมุดบันทึกประจำวัน (KPI) พร้อมทั้งตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสารสองทาง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองต่อไป

กิจกรรมที่ 2 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ดำเนินกิจกรรมกับตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 2, 5, 9 โดยส่งชุดข้อความ ภาพนิ่ง และวีดิทัศน์ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม

เพื่อกระตุ้นเตือนเรื่องโรคความดันโลหิตสูง เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางแผนไว้ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ดำเนินกิจกรรมกับตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 4, 8, 11 โดยการ video call ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ใช้เวลา 15 นาทีต่อคน ติดตามการบรรลุเป้าหมายจากสมุดบันทึกประจำวัน (KPI) สอบถามอุปสรรค ปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถ สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ร่วมกันปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติพฤติกรรม หากผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ตามแผน

กิจกรรมที่ 4 การประเมินพฤติกรรม การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดำเนินกิจกรรมกับตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 12 ดังนี้

1) จัดกิจกรรมกลุ่ม ใช้เวลา 60 นาที เพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน โดยติดตามจากสมุดบันทึกประจำวัน (KPI) ประเมินผลพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่ได้นำกลับไปบันทึกพฤติกรรมทั้ง 6 ด้าน

2) ผู้วิจัยสะท้อนข้อมูลย้อนกลับ

3) ประเมินการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

2.2 ชุดข้อความ ภาพนิ่ง และวีดิทัศน์ ส่งผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์กลุ่ม เพื่อกระตุ้นเตือนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมรับประทานยา พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมติดตามและพบแพทย์ตามนัด และเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.3 คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง สาเหตุ ระดับความรุนแรง อาการและอาการแสดง ความรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ พฤติกรรมรับประทาน อาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรม รับประทานยา พฤติกรรมจัดการความเครียด พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมติดตามและพบแพทย์ตามนัด

2.4 สมุดบันทึกประจำวัน (KPI) เป็น

สมุดบันทึกพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การประเมินสุขภาพ การระบุปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและอุปสรรค การกำหนดเป้าหมายระยะสั้น เป้าหมายในระยะสั้นสุดโปรแกรม การบันทึกคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน แผลผลเป็นคะแนนทุกวัน และการติดตามวัดความดันโลหิตทุกสัปดาห์ โดยมีกราฟสีที่ช่วยแปลผลของระดับความดันโลหิตว่าอยู่ในเกณฑ์ใด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .90 และมีค่า IOC เท่ากับ 1 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .84

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูง primary hypertension ที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ้วยทำงาน อายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ทำงานในสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ้วยทำงาน และทำงานในสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร จำนวน 66 คน

การคำนวณขนาดของตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.4 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่ระดับร้อยละ 80¹¹ ระดับนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลของการทดลอง (Effect size) สำหรับการทดสอบด้วยสถิติที่ แบบ 2 กลุ่ม (t-test: 2 groups) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมของศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน และรัชนี้ นามจันทร์¹² พบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 137.5 มิลลิเมตรปรอท (SD=10.91) และมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกของ กลุ่มเปรียบเทียบ เท่ากับ 149.30 มิลลิเมตรปรอท (SD=10.39) จากการคำนวณได้ค่า d เท่ากับ 1.10 กำหนดค่า Effect size ที่ .65 คำนวณได้ขนาดของตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน และเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10¹³ จึงได้ตัวอย่างจำนวน 66 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบ Primary hypertension และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา อย่างน้อย 3 เดือน

2. อายุ 20-59 ปี และทำงานในสถานประกอบการขนาดกลาง ในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ระดับความดันโลหิต 140/90 ถึง 179/109 มิลลิเมตรปรอท

4. ไม่ได้รับการปรับยารับประทานในช่วง 1 เดือน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

5. สติสัมปชัญญะดี พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

6. มี Smart phone และสามารถใช้ออปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออก

1. มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคหัวใจ

2. มีประวัติโรคทางจิตเวช หรือมีอาการทางจิต และมีประวัติการรับประทานยาเกี่ยวกับจิตเวช

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-N2023/815.210 เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากสถานประกอบการ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายเครื่องมือและขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและประเมินสุขภาพ ก่อน และหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นเวลา 12 สัปดาห์

เริ่มกิจกรรมตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง
เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิง
พรรณนา (Descriptive statistics)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง
ความดันซิสโตลิกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ
Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าของ

คะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และ
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยใช้
สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

คุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบเชิงสถิติ
พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value}>.05$)
ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.306 ^a
ชาย	14	42.4	10	30.3	
หญิง	19	57.6	23	69.7	
อายุ					.235 ^b
30-44 ปี	9	27.3	5	15.2	
45-59 ปี	24	72.7	28	84.8	
สถานภาพสมรส					.806 ^a
โสด/หม้าย/แยกกันอยู่	17	51.5	16	48.5	
คู่	16	48.5	17	51.5	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					.629 ^b
น้อยกว่า/เท่ากับ 10,000 บาท	16	48.5	18	54.5	
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	17	51.5	15	45.5	
ความพอเพียงของรายได้					.609 ^a
ไม่พอเพียง	11	33.3	13	39.4	
พอเพียง	22	66.7	20	60.6	
ค่าดัชนีมวลกาย					.063 ^b
ปกติ (18.5-22.9 m ² /kg)	5	15.2	3	9.1	
เกินเกณฑ์ปกติ	28	84.8	30	90.9	
ค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วม					.204 ^b
150-159 มิลลิเมตรปรอท	18	54.5	18	54.5	
160-169 มิลลิเมตรปรอท	2	6.1	4	12.1	
> 170 มิลลิเมตรปรอท	0	0.0	1	3.0	

$p<0.05$ ^a = Chi-square, ^b = Independent t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) โดยค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนทดลอง เท่ากับ 151.33 mmHg และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังทดลองเท่ากับ 133.79 mmHg ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ($n=33$)

ระดับความดันซิสโตลิก	$\bar{X}$	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	151.33	5.74	13.731	.001
หลังทดลอง	133.79	5.46		

* $p=.001$

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง ความดันซิสโตลิกก่อนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยผลต่างความดันซิสโตลิก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าความดันซิสโตลิก ลดลงเฉลี่ย 17.45 mmHg ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 0.78 mmHg ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่าง ความดันซิสโตลิกก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($n=33$)

ผลต่างระดับความดันซิสโตลิก	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	-17.54	7.34	-11.579	.001
กลุ่มควบคุม	-.78	3.90		

* $p=.001$

อภิปรายผล

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก หลังทดลอง ลดลงกว่าก่อนทดลอง จาก 151.33 mmHg เหลือ 133.79 mmHg เนื่องมาจากผู้ป่วยมีความตระหนักถึงมีเป้าหมาย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมสำหรับตัวผู้ป่วยเอง จากรูปแบบของโปรแกรมที่มีการกระตุ้นเตือน ให้ความรู้ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตั้ง เป้าหมาย

ร่วมกันของคิง ที่มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เชนสุวรรณ, สุภรณ์ โพธิสา และยุวดี วงษ์แสง¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการเยี่ยมบ้าน มีค่าเฉลี่ย

ของความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก น้อยกว่าก่อนเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มณีวรรณ ดอนทราย และสร้อยญา ถีป้อม¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่า ระหว่างและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างความดันซิสโตลิกลดลงเฉลี่ย 17.45 mmHg ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลต่างความดันซิสโตลิกลดลงเพียง 0.78 เท่านั้น เนื่องจากในระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรมตลอด 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับชุดข้อความ ภาพนิ่ง และวีดิทัศน์ กระตุ้นเตือนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ ทองขาว, นิภา กิมสูงเนิน และ รัชนี นามจันทรา¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ด้วยผู้ใหญ่อ่อนต้น พบว่าค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัฐธีรณีย์ ธนเศรษฐ¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยทำงาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยทำงาน ในสถานประกอบการ กรุงเทพมหานคร โดยบุคลากรทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ ในหน่วยงานบริการสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ ควบคู่กับการใช้คู่มือและสมุดบันทึกประจำวัน (KPI) การให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสตั้งเป้าหมายของระดับความดันโลหิตที่ผู้ป่วยต้องการ หรือเป้าหมายสุขภาพของตนเองร่วมกับพยาบาล รวมถึงมีระบบการกระตุ้นเตือน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ พร้อมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยตระหนักในพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วย

ได้ปฏิบัติและบันทึกผลเพื่อให้นำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

2. หน่วยงานบริการสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลจากโปรแกรมการเยี่ยมบ้านทางไกลแบบมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดระบบการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในระยะติดตามผลหลังการทดลอง เพื่อติดตามความต่อเนื่องการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และการควบคุมระดับความดันโลหิตได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การนัดติดตามเยี่ยมบ้านทางไกลของตัวอย่าง มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องการทำงานและภารกิจเร่งด่วนของตัวอย่าง

References

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 18]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. World Health Organization. The World Health Organization presents its first report on the devastating effects of high blood pressure and how to stop it. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 18]; Available from: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/19-09-2566-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>. (in Thai).
3. Ekpalakom W. Report on the 6th national health examination survey 2019-2020.

Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2021. (in Thai).

4. Public Health and Environmental Strategy Division, Office of Strategy and Evaluation. Report summarizing results. Evaluation of operations according to the Bangkok Metropolitan Administration operational plan for the year 2020 (end of fiscal year) health dimension. Bangkok: Bangkok Metropolitan Administration; 2020. (in Thai).
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of NCDs: diabetes, hypertension, and related factors for the year 2019. Bangkok: Graphic and Design Company; 2020. (in Thai).
6. Thai Hypertension Society. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension. [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 1]; Available from: https://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442. (in Thai).
7. Nursing Council. Announcement of the Nursing and Midwifery Council on guidelines for tele-nursing (Tele-nursing). Royal Gazette. 2021;138(33):49-51. (in Thai).
8. Amphol S, Puanfai S, Thaisawat S, Mitta P. Effects of an intermediate care in stroke patients by home health care, Chiang Mai Neurological Hospital. Lanna Public Health Journal. 2023;19(2):44-57. (in Thai).

9. King IM. A theory of nursing: systems, concepts, process. New York: John Wiley & Sons; 1981.
10. Chaikul C. Effects of self-management and family participation enhancing program on health behavior and blood pressure among elderly with hypertension [Thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
11. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009; 41(4):1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
12. Thongkhao S, Kimsungnoen N, Namjuntra R. Effects of educative-supportive program on self-care behaviors and blood pressure levels among young adult patients with uncontrolled hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thorac Nursing*. 2021;32(2):73-88. (in Thai).
13. Polit DE, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
14. Choeisuwan W, Potisa S, Wongsang Y. The effects of home visit based on participation program on health behaviors and blood pressure of persons with hypertension in selected community in Bukkhalo, Thonburi. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(3):525-43. (in Thai).
15. Donsai M, Thiphom S. The effect of participation and perceived self-efficacy program on health behavior and hypertension of pre-hypertension group in Suan Miang Health Promoting Hospital. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 2019; 13(1):65-75. (in Thai).
16. Thanaseth R. Effects of self-management promotion program and family participation on health behaviors and blood pressure of working adults group. *Journal of Disease Prevention and Control* 9. 2018;24(2):100-11. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแล รายบุคคลต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

ดวงใจ บุญทองแก้ว* วรัญญา จิตรบรรทัด**

บทคัดย่อ

บทนำ : การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้จัดการการดูแลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และนำมาเป็นแนวทางในการดูแลเฉพาะราย

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาระดับความรู้และทักษะ ทำการเปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยแบบการทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแล จำนวน 34 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และ Repeated Measures ANOVA

ผลการวิจัย : พบว่า หลังจากเข้าร่วมการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนแต่ละด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปผล : การใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แผนการดูแลรายบุคคลสามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล วางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล และประเมินผลการดูแลรายบุคคล

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แผนการดูแลรายบุคคล ทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลพิบูลย์ อำเภอฟิบูน จังหวัดนครศรีธรรมราช

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วรัญญา จิตรบรรทัด, E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th

The effects of a caregivers' capacity development program using individualized care plan on knowledge and skills in caring for homebound elderly in the community

Duangjai Boonthongkaew* Waranya Jitbantad**

Abstract

Background: Caring for homebound elderly involves collaborative planning between managers (CM) and caregivers (CG) to develop individualized care plans as a guideline for providing personalized approaches to care for each individual.

Objectives: To investigate the levels of knowledge and skills and compare the knowledge and skills of caregivers for homebound elderly in the community before and after implementing a caregiver capacity development program using individualized care plans.

Methods: A one-group pretest-posttest experimental design with a one-month follow-up study was conducted. The sample consisted of 34 caregivers who had completed a caregiver training program and were providing care for the homebound elderly. Research instruments included a caregiver capacity development program using individualized care plans, a caregiver knowledge assessment, and a caregiver skills evaluation. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and repeated measures ANOVA.

Results: After participating in the program, the caregivers demonstrated statistically significant improvements in their knowledge and skills in all domains ($p < 0.05$). At the one-month follow-up, caregivers' knowledge and skills were significantly higher than before the intervention ($p < 0.05$).

Conclusions: The caregiver capacity development program using individualized care plans effectively improved caregivers' knowledge and skills. This is achieved through the active involvement of caregivers in assessing the health conditions and needs of the elderly, identifying individual problems and needs, planning individualized care, implementing care plans, and evaluating care outcomes.

Keywords: caregivers, individualized care plans, caregiving skills for homebound elderly, elderly care

* Pipun Hospital, Phipun District, Nakhon Si Thammarat Province

** Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Waranya Jitbantad, E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th

บทนำ

จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลทำให้เกิดสังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นประเด็นที่รัฐบาลของหลายประเทศกำลังให้ความสนใจ แต่ในขณะที่ประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยเพิ่มช้าลง ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน¹ และเมื่อแยกตามกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 9,840,839 คน ติดสังคม จำนวน 7,174,861 คน ติดบ้าน จำนวน 186,022 คน และติดเตียง จำนวน 43,885 คน²

กระทรวงสาธารณสุขได้วางระบบการดูแลระยะยาว (Long term care: LTC) ตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ที่อาจเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Caregivers) หรือสมาชิกในครอบครัว 2) แผนการดูแล (Care plan) 3) ผู้จัดการดูแลระบบการดูแลระยะยาว (Care manger) ซึ่งอาจเป็นพยาบาลชุมชน หรือนักสังคมสงเคราะห์ ผู้ทำหน้าที่จัดการแผนการดูแล³ และสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง เพื่อให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความจำเป็นในวางแผนด้านการดูแล ส่งเสริม พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มโรคอาการ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เทคนิคการสังเกต การปฐมพยาบาล

สุขภาพองค์รวม และการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำครอบครัวในการพัฒนาการทำงาน และการรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative care)⁴

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2567 พบว่า 12 เขตสุขภาพ มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมทั้งหมด 100,828 คน หากคิดตามสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวน มีจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 442,400 คน คิดเป็น 1:4 โดยเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมทั้งหมด 6,671 คน จำนวนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 21,828 คน คิดตามสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อจำนวนกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลทั้งหมด จำนวน 442,400 คน คิดเป็น 1:3⁵ ซึ่งอำเภอพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 5,514 คน เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 4,406 คน กลุ่มติดบ้าน 94 คน และกลุ่มติดเตียง 39 คิดจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปี พ.ศ. 2566 จำนวน 4,539⁶ ทางโรงพยาบาลพิบูล และเครือข่ายอำเภอพิบูลได้เล็งเห็นถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงจากการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2567 จึงได้จัดทำโครงการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง⁴

จากการประเมินการดำเนินการที่ผ่านมาของเครือข่ายโรงพยาบาลพิบูล⁶ พบว่าการดูแล

ผู้สูงอายุแต่ละรายขาดความต่อเนื่องและครอบคลุม เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนการดูแลรายบุคคล ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามความรู้และทักษะการดูแลอย่างครอบคลุมตามรายการนี้ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ดูแลร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนา เพื่อป้องกันผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดปัญหาติดบ้านและติดเตียงต่อไป การดำเนินการครั้งนี้จึงเป็นส่วนสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาผู้สูงอายุให้แก่งานหน่วยงานเครือข่ายสุขภาพและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

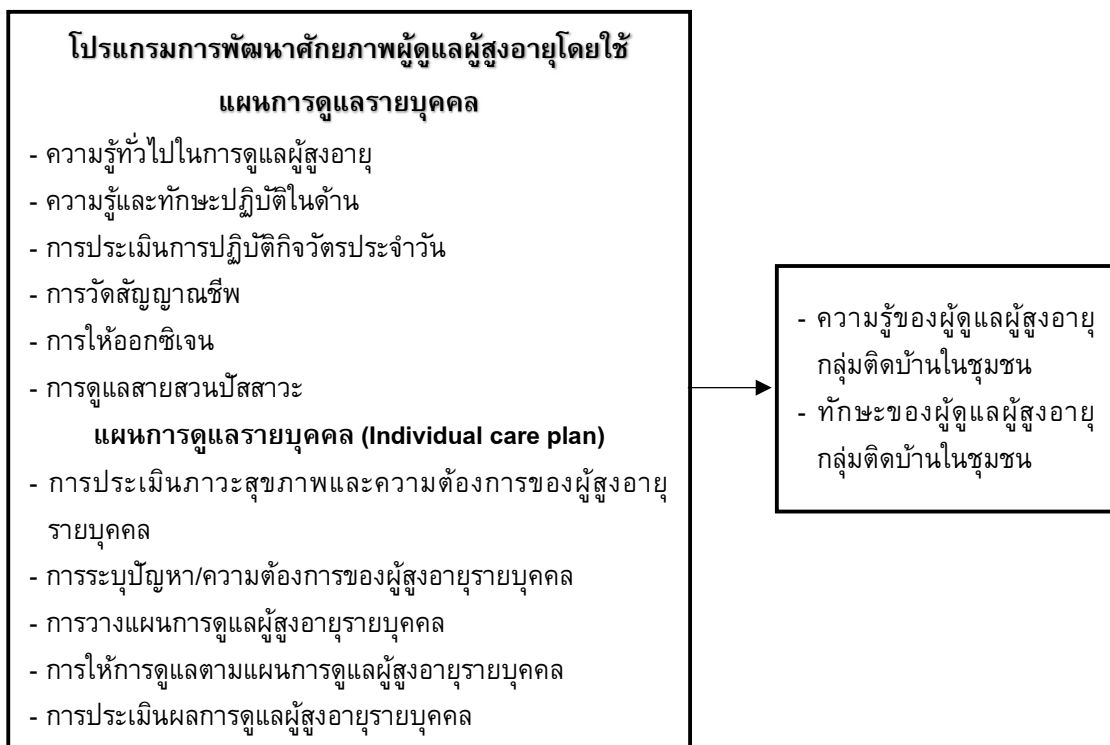
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนและหลัง

เข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตามแนวคิดของบลูม (Bloom's taxonomy)⁷ โดยใช้พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์โดยใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย⁸ ทั้งนี้ผู้ดูแลต้องซักประวัติข้อมูล/ความต้องการประเมินภาวะสุขภาพ ระบุปัญหา/ความต้องการเป้าหมายในการดูแล การวางแผนการดูแล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ดังภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล ประกอบด้วย

- 1) หลักสูตรฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย
- 2) แผนการดูแลรายบุคคล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยดัดแปลงจากรูปแบบการดูแลเฉพาะราย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ขั้นตอนที่ 4 การให้การดูแลตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล และขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
- 2) แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนามาจาก วรรณภา อินตะราชา⁹ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบคำถามความรู้ในกระบวนการปฏิบัติตามแผนการดูแล เกณฑ์การให้คะแนน ตอบไม่ได้/ไม่ตรงประเด็น = 0 คะแนน ตอบได้แต่ไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน ตอบได้ครบถ้วน = 2 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ ใช้วิธีการจัดกลุ่ม

แบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ระดับมาก

- 3) แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุพัฒนามาจาก พิศมัย บุติมาลัย, แสงอรุณ อิศระมาลัย และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์¹⁰ เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่
 - 1) ทักษะความสามารถในการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 5 ข้อ
 - 2) ทักษะการวัดสัญญาณชีพ จำนวน 14 ข้อ
 - 3) ทักษะการให้ออกซิเจน จำนวน 6 ข้อ และ
 - 4) ทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ
- มีเกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละทักษะจะมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นกระบวนการถ้า ไม่ปฏิบัติ = 0 ค่าคะแนน ปฏิบัติแต่ไม่ครบถ้วน = 1 คะแนน ปฏิบัติครบถ้วน = 2 คะแนน โดยการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์เป็น 3 ระดับดังนี้ คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และด้านการพยาบาล ชุมชน 1 ท่าน พิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ และปรับตามข้อเสนอแนะ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC ดังนี้ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แผนการดูแลรายบุคคล คะแนน = 1 แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คะแนนระหว่าง 0.67-1 แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งตามทักษะได้ดังนี้ ทักษะความสามารถในการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการวัดสัญญาณชีพ ทักษะการให้ออกซิเจน และทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ คะแนนระหว่าง 0.67-1 และทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นแบบเพียร์สันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ปฏิบัติงานในเครือข่ายโรงพยาบาลอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 60 คน

ตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมดจำนวน 34 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และยกเลิกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย 2) ปฏิบัติงานอยู่ในอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช และ 3) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน โดยผู้ดูแล 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน

เกณฑ์การยกเลิกตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโครงการวิจัย และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุที่อยูในการดูแลย้ายถิ่นฐาน

หรือมีการเปลี่ยนแปลงของโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยเรื่องนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 176/2566 วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง โดยการขออนุญาตอธิบายวัตถุประสงค์และการรักษาความลับ และอธิบายให้ตัวอย่างทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบการการรับการดูแลในโรงพยาบาลแต่อย่างใด ทั้งนี้ในระหว่างที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่ตัวอย่างไม่ประสงค์จะให้ข้อมูล สามารถแจ้งให้ผู้วิจัยเพื่อยุติการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสถานบริการในการเก็บข้อมูลวิจัย

2. จัดโครงการอบรมฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 อบรมความรู้ความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 6 ชั่วโมง

2.2 อบรมทักษะปฏิบัติในด้านการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวัดสัญญาณชีพ การให้ออกซิเจน และการดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 22 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคทดลอง 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 10 ชั่วโมง โดยมีการทำแบบทดสอบประเมินทักษะปฏิบัติ ก่อนและหลังการทดลอง

2.3 ฝึกการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และการประเมินภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ อาหารและโภชนาการ ผลกดทับ ข้อยึดติดหรือข้อติดแข็ง การพลัดตกหกล้มหรือเกิดอุบัติเหตุและภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 12 ชั่วโมง ภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 6 ชั่วโมง

2.4 ฝึกการใช้แผนการดูแลรายบุคคล ตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์ การวิเคราะห์ และวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และประเมินความรู้และความสามารถในการทำแผนการดูแลรายบุคคล จำนวน 30 ชั่วโมง เป็นภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง ภาคปฏิบัติ 24 ชั่วโมง

3. ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน เพื่อประเมินผลการให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

4. เมื่อครบ 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Paired t-test โดยการวัดซ้ำในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อดูความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และ Repeated Measures ANOVA โดยข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) การวัดที่ซ้ำกัน เป็นการวิเคราะห์นี้ใช้กับข้อมูลที่วัดจากผู้เข้าร่วมการทดลองเดียวกันในหลายช่วงเวลา 2) ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ 3) ทดสอบความแปรปรวนร่วมด้วย Mauchly's Test of Sphericity ได้ค่าเท่ากับ 4) ความเป็นอิสระของการสังเกต และ 5) ทดสอบด้วย Boxplot โดยตัด Outliers

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.06 อายุ 50 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 67.64 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.64 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 81.40 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.46 รายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 52.94 ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุมาแล้ว 5 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 61.76 มีผู้สูงอายุในการดูแล 3-4 คน ร้อยละ 35.29 ระยะเวลาที่ดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 88.23 และกิจกรรมที่ทำส่วนใหญ่ คือ การประเมินสัญญาณชีพ ร้อยละ 88.23

2. ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน พบว่าในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 70.59 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 64.71 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.24

3. เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และหลังติดตามผล 1 เดือน

ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน ระหว่างช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน (n=34)

ความรู้	df (ตัวเศษ)	df (ตัวส่วน)	F	Sig (p-value)
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	2	66	61.14	<.001

*p-value<.05

4. ระดับทักษะในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน พบว่า 1) ระดับทักษะการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.30 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.06 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100.00 2) ทักษะการวัดสัญญาณชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.24 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.53 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

มีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 94.12 3) ทักษะในการให้ออกซิเจนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 85.24 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 47.06 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.59 และ 4) ทักษะในการดูแลสายสวนปัสสาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยในช่วงก่อนการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 73.53 ช่วงหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.47 และช่วงติดตามผล 1 เดือน ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.18 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับทักษะในการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน (n=34)

ด้าน/ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)						
มาก	29	85.30	33	97.06	34	100.00
ปานกลาง	4	11.76	1	2.94	-	-
น้อย	1	2.94	-	-	-	-
ทักษะการวัดสัญญาณชีพ						
มาก	-	-	25	73.53	32	94.12

ด้าน/ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปานกลาง	4	11.76	8	23.53	2	5.88
น้อย	30	88.24	1	2.94	-	-
ทักษะการให้ออกซิเจน						
มาก	-	-	16	47.06	24	70.59
ปานกลาง	4	11.76	12	35.29	8	23.53
น้อย	30	88.24	6	17.65	2	5.88
ทักษะการดูแลสายสวนปัสสาวะ						
มาก	1	2.94	26	76.47	31	91.18
ปานกลาง	8	23.53	8	23.53	3	8.82
น้อย	25	73.53	-	-	-	-

5. เมื่อเปรียบเทียบระดับทักษะในการปฏิบัติแต่ละด้านระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test และ

หลังติดตามผล 1 เดือน ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ($n=34$)

ทักษะในด้าน	df (ตัวเศษ)	df (ตัวส่วน)	F	Sig (p-value)
การประเมินแบบการปฏิบัติ	2	66	1957.94	<.001
กิจวัตรประจำวัน				
การวัดสัญญาณชีพ	2	66	252.15	<.001
การให้ออกซิเจน	2	66	134.37	<.001
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	2	66	238.51	<.001

*p-value<.05

อภิปรายผล

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก ทั้งในช่วงหลังการทดลอง และช่วงติดตามผล 1 เดือน ทั้งนี้ การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการอบรม ทั้งในภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ รวม 70 ชั่วโมง จึงเป็นการช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล

ในทุกทักษะการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสอนภาคทดลองที่ใช้วิธีสอนโดยการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในตนเองและจากผู้สูงอายุ และช่วยลดปัญหาในเรื่องการไม่มีทักษะปฏิบัติในผู้สูงอายุ และสามารถประเมินอาการและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ตนดูแล รวมถึงระบุปัจจัยเสี่ยงตามสภาพปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายที่พบ ก่อให้เกิดการวางแผน

การพยาบาลตามบริบทของผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลและการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ตกดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง จึงทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรายบุคคลอยู่ในระดับมาก^๑ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุจะมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹¹ นอกจากนี้ทักษะการทำแผนการดูแลเป็นทักษะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องใช้ประจำและต้องการความรู้ในการจัดทำแผนการดูแลที่ดี¹²

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ระดับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อบรม 70 ชั่วโมง ตามแผนการดูแลรายบุคคลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงจึงมีทักษะในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การวัดสัญญาณชีพ การให้ออกซิเจน และการดูแลสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นทุกทักษะเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และช่วงติดตามผล 1 เดือนหลังใช้แผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนับสนุนให้ใช้ศักยภาพด้านนี้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น^๑ และหลังจากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่ถูกต้อง ทำให้ทักษะของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล วางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล และประเมินผลการดูแลรายบุคคล รวมทั้งมีการเพิ่มทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ทั้งในทักษะด้านการประเมินแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) การวัดสัญญาณชีพ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้ออกซิเจน ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรมีการอบรมฟื้นฟูด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลได้ ตามปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

2. โรงพยาบาล/องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์การปฏิบัติงานให้เพียงพอ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลของผู้สูงอายุรายบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงให้เท่าทันต่อเปลี่ยนแปลง

การทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา
การดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล

References

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai elderly 2022. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited; 2023. (in Thai).
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. Number of elderly in the responsible area categorized by ability in daily activities. [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 15]; Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51. (in Thai).
3. National Health Security Office, Ministry of Public Health. Manual to support management of long-term care service system for dependent elderly in the National Health Security System. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
4. Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Guidelines for training courses for elderly care managers (care manager), Ministry of Public Health. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health; 2023. (in Thai).
5. Long Term Care, Department of Health, Ministry of Public Health. Report on personnel in long-term care (long term care). [Internet]. 2024 [cited 2020 Sep 16]; Available from: <https://ltc.anamai.moph.go.th/> (in Thai).
6. Phipun Public Health Office, Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) report for fiscal year 2023. Nakhon Si Thammarat: Phipun Public Health Office; 2023. (in Thai).
7. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York, NY: Longman; 2001.
8. Kullavaniteewat S, Sorachaimetha P, Chiarat S, Kittichaised R, Radabutr M, Boonprasop S. A development of personalized care model to prevent falling for patients with impaired mobility receiving rehabilitation in the hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(2): 422-33. (in Thai).
9. Intaracha W. Performance of elderly caregivers in accordance with individual care plan who passed the 70-hour of training course in the 10th Public Health Reginal. Reginal Health Promotion Center 10 Journal. 2022;10(2):65-83. (in Thai).
10. Butimalai P, Isaramalai S, Thaniwattananon P. Development of nursing practice guidelines to preventing complications in bed-bound elders at home. Songklanagarind Journal. 2018;38(3):79-91. (in Thai).

11. Phanpratum J. Effects of health promotion program for older people on knowledge and aged care skills of caregivers in primary care units, Mueang District, Suratthani Province. *Journal of Health Research and Innovation*. 2023;6(1):e262032. (in Thai).
12. Oba N, Sihokaeo S, Naksiri A. The health service needs of dependent older adults and the essential skill of older adults caregiver in long-term care system. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok*. 2023;10(1):41-55. (in Thai).
13. Karuhadej P, Popijan M, Danpradit P. Effectiveness of increasing health volunteer ability program in basic care for the dependent elderly in the communities, Nakhon Pathom Province, Thailand. *Journal of Health Research*. 2019;33(3):219-77. doi: 10.1108/JHR-08-2018-0068.

ผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการสื่อสารสนเทศทางการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

อัญพัชร นิติวีเชียรภูมิ* เนตรชนก ศรีทุมมา* อุษา ตันทพงษ์*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนาโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการสื่อสารสนเทศทางการพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบริหารจัดการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการสื่อสารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งได้รับการนิเทศการสื่อสารสนเทศทางการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด และ 2) แบบสอบถามการสื่อสารสนเทศทางการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย : พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด มีคะแนนเฉลี่ย 4.46 สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : การสื่อสารสนเทศทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศ มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับมากที่สุด ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศและทักษะด้านการจัดการสนเทศอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในองค์กรทั้งในด้านความสะดวก ปลอดภัย ลดต้นทุน และเวลาในการบริหาร

คำสำคัญ : การนิเทศ คิวอาร์โค้ด พยาบาลวิชาชีพ สารสนเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : เนตรชนก ศรีทุมมา, E-mail: netchanoks@christian.ac.th

The effects of supervision via QR code on nursing information usage of professional nurses in a private hospital

Anyaphat Nitivichienwut* Netchanok Sritoomma* Usa Tantapong*

Abstract

Background: The development of a QR-code based nursing information management program can help professional nurses to better manage nursing services.

Objectives: To investigate the effect of the supervision via QR code on nursing information utilization.

Methods: A quasi-experimental study with a sample of 60 nurses working in a private hospital, divided into 30 in the experimental group and 30 in the control group. The control group received usual supervision, while the experimental group received supervision via a QR code on nursing information utilization for 6 weeks. The research instruments included 1) a supervision program via QR code for research conduction , and 2) a questionnaire for data collection. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent.

Results: The results of the study revealed that the professional nurses who participated in the QR code supervision program had a mean score of 4.46, which was significantly higher than the control group with a mean score of 1.64 ($p < .05$). Their mean scores were also significantly higher than before the program ($p < .05$).

Conclusions: Therefore, the experimental group's utilization of nursing information after participating in the supervision program resulted in a mean score for computer literacy at the highest level, while information literacy and information management skills were demonstrated to be at a high level. These findings illustrate the effectiveness of the supervision program, augmented by QR codes, in enhancing organizational efficiency in terms of convenience, safety, cost reduction, and, time management.

keywords: supervision, via QR code, professional nurse, nursing informatic, private hospital

* College of Nursing, Christian University

Corresponding Author: Netchanok Sritoomma, E-mail: netchanoks@christian.ac.th

บทนำ

ศตวรรษที่ 21 ถือเป็นยุคของการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมดิจิทัลซึ่งการบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวนำเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรมมาใช้ในการบริหารจัดการและสนับสนุนการดำเนินงาน อีกทั้งพัฒนาบุคลากรในระบบสาธารณสุขให้มีศักยภาพในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มาปรับกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ¹ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้นำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) และนวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศมาพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล การสืบค้นฐานข้อมูล การตรวจรักษาวินิจฉัย การบริการทางการแพทย์ ซึ่งบุคลากรในองค์กรจะต้องมีความรอบรู้ ทักษะและความสามารถในการใช้สารสนเทศเพื่อนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้งานและสร้างสรรค์นวัตกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการเพิ่มความแม่นยำ ลดความผิดพลาด และลดระยะเวลาในการดูแล และช่วยในการประเมินผลลัพธ์การรักษา และปรับปรุงการให้บริการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว² ทั้งนี้มาตรฐานการรับรองสถานพยาบาล Joint Commission International (JCI)³ มีการจัดการสารสนเทศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการสารสนเทศ 2) การจัดการเอกสารและการนำไปใช้ 3) เวชระเบียนผู้ป่วย และ 4) เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านการสุขภาพ

ฝ่ายการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการนิเทศและสนับสนุนการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ตามมาตรฐานการรับรองสถานพยาบาล การใช้ระบบคิวอาร์โค้ดสามารถช่วยให้พยาบาลสามารถเข้าถึงข้อมูลการเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลา

ทั้งในด้านการทบทวนความรู้ การฝึกฝนทักษะใหม่ และการพัฒนาขีดความสามารถในการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ โดยเฉพาะการใช้สารสนเทศทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ ถือเป็นสิ่งที่ฝ่ายการพยาบาลมุ่งเน้นในการพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาล⁴ จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเพียงการบรรยายมีหัวข้อที่หลากหลายซ้ำซ้อนและเป็นการสอนงานในระหว่างทำงาน (On the job training) ทำให้พยาบาลไม่สามารถจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ในการให้บริการอย่างครอบคลุมทุกหัวข้อ อีกปัญหาในการนิเทศคือไม่มีคู่มือหรือมีคู่มือแนวทางการนิเทศแต่ไม่ทันสมัยและไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้⁵

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ ซึ่งในโรงพยาบาลเอกชนมีการเตรียมตัวและเรียนรู้ในเวลาจำกัด การนิเทศจึงมีความสำคัญในการพัฒนาพยาบาลเชิงปฏิบัติการ (Formative supervision) ตามแนวคิดของ Proctor⁶ รูปแบบการนิเทศจะมุ่งเน้นการให้ความรอบรู้ในด้านทักษะ ทศนคติและความสามารถ การนิเทศผ่านรูปแบบคิวอาร์โค้ดเป็นการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีความสะดวกปลอดภัย ลดต้นทุนและเวลาในการบริหารจัดการ⁷ อีกทั้งยังเพิ่มประสิทธิภาพในองค์กร ได้แก่ 1) การลดระยะเวลา 2) การลดความผิดพลาด และ 3) การเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว⁸ เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการนิเทศจะช่วยสนับสนุนให้พยาบาลสามารถจัดบริการและการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ที่เข้ารับบริการได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความรอบรู้และทักษะด้านการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ในการดำเนินการและบริหารจัดการระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสามารถตอบสนองการให้บริการอันเป็น

ประโยชน์ต่อคุณภาพการปฏิบัติ และการให้บริการ อย่างมีประสิทธิภาพสูง⁹⁻¹⁰ จากการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ต้องได้รับการนิเทศการใช้ สารสนเทศ ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของ สารสนเทศทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากคู่มือการนิเทศแบบเดิมมีเนื้อหา จำนวนมากและมีความซับซ้อน อีกทั้งไม่เอื้อต่อ การอ่านทบทวน ทำให้ไม่มีความมั่นใจในการ ตัดสินใจเลือกการบริหารจัดการและการปฏิบัติ การพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา ความสามารถในการใช้สารสนเทศของพยาบาล วิชาชีพ ด้วยการพัฒนาโปรแกรมการนิเทศ ร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการ พยาบาล โดยเชื่อว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้จะ สามารถช่วยส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถ บริหารจัดการบริการพยาบาลที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการใช้ สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศร่วมกับ คิวอาร์โค้ด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการใช้ สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนของกลุ่มทดลองระหว่าง

ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศร่วมกับ คิวอาร์โค้ด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลใน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยนำการพัฒนา เชิงปฏิบัติ โดยสอนติดตามสังเกตการปฏิบัติ และให้คำปรึกษาตามแนวคิดของ Proctor⁶ โดย กำหนดโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ซึ่งมี 3 ชุดกิจกรรม ดังนี้ 1) การวางแผนการเตรียม บุคลากรด้านการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ด้วย การให้ความรอบรู้โดยมีการวางแผนร่วมกันของ ทีมผู้นิเทศการออกแบบการนิเทศให้สอดคล้อง กับมาตรฐานสถานพยาบาล JCI 2) มีการประชุม ทีมผู้นิเทศทางการพยาบาล การปฏิบัติและกำหนด กิจกรรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ระหว่างหัวหน้า แผนก ผู้จัดการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ และ 3) การประเมินผลการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้เครื่องมือ ในการประเมินการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์และแปลจาก Nursing informatics competency assessment tool (NICAT) อ้างใน Rahman¹¹ มีองค์ประกอบดังนี้ 1) ทักษะ ความรอบรู้ด้านคอมพิวเตอร์ 2) ทักษะความรอบรู้ สารสนเทศ และ 3) ทักษะการจัดการสารสนเทศ

โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด 3 ขั้นตอน

- ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการเตรียมบุคลากรด้านการนิเทศร่วมกับ คิวอาร์โค้ด ด้วย การให้ความรอบรู้
- ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติและกำหนดกิจกรรมการนิเทศร่วมกับ คิวอาร์โค้ด ระหว่างหัวหน้าแผนก ผู้จัดการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ
- ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ของพยาบาล

การใช้สารสนเทศทางการพยาบาล

1. มีทักษะความรอบรู้ด้านคอมพิวเตอร์ (Computer literacy skills)
2. มีทักษะความรอบรู้ด้านสารสนเทศ (Informatics literacy skills)
3. มีทักษะด้านการจัดการสนเทศ (Informatics management skills)

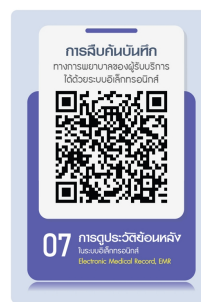
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งกลุ่มศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pre-test post-test design) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท ได้แก่ 1) โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด 1) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล



ตัวอย่าง คิวอาร์โค้ด คู่มือสารสนเทศทางการพยาบาล

ชุดที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา แผนกที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน ประสบการณ์การปฏิบัติงานระยะเวลาในโรงพยาบาลเอกชน ผ่านการอบรมการใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ผ่านการอบรมการใช้สารสนเทศโดยมีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพใน

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 41 เรื่อง โดยจะประเมินทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ เช่น ส่วนประกอบพื้นฐานโปรแกรมพื้นฐานและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้านความรู้สารสนเทศ เช่น สามารถเข้าถึงระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และด้านการจัดการสนเทศ เช่น การระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการบริหารจัดการภายในหน่วยงาน ด้วยแบบสอบถามทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ที่ประยุกต์จากเครื่องมือของ Rahman¹¹

โรงพยาบาลเอกชน มีลักษณะเป็นแบบคำถามปลายปิด (Close-end response question) ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล โดยแปลงจากเครื่องมือของ Rahman¹¹ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ 8 ข้อ (Computer literacy skills) 2) ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศ 9 ข้อ (Informatic literacy skills) และ 3) ทักษะด้านการจัดการสนเทศ 8 ข้อ (Informatic management skills) รวมข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 25 ข้อ โดยใช้แบบสอบถามลักษณะเป็นใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง มีทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลมากที่สุด คะแนน 4 หมายถึง มีทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลมาก คะแนน 3 หมายถึง มีทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลปานกลาง คะแนน 2 หมายถึง มีทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลน้อย และคะแนน 1 หมายถึง มีทักษะการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลน้อยที่สุด

โดยใช้เกณฑ์กำหนดการแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาล จากแนวคิดของ Best and Khan¹² ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มาก คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง น้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) และพิจารณาความสอดคล้อง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล 1 ท่าน 2) ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน 1 ท่าน 3) ผู้บริหารโรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลเอกชน 2 ท่าน และ 4) อาจารย์สาขาการจัดการ 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหารายข้อ (Item content validity index: I-CVI) เท่ากับ 0.80-1.00 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) เท่ากับ 0.98 จากนั้นได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความกระชับและชัดเจนมากขึ้น และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

(Reliability) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่งงาน แผนกที่ปฏิบัติ และประสบการณ์ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .98 โดยกำหนดค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ เท่ากับ .80 ขึ้นไป

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 95 คน

ตัวอย่าง

กำหนดตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกัน และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย คล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ตำแหน่งงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เป็นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน และสมัครใจเข้าร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย ด้วยวิธีจับสลากคัดเลือก จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบตามที่ Cohen¹³ กำหนด ค่าอิทธิพล (Effect size) 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ (α) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (β) = .80 คำนวณตัวอย่างได้ตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือขอยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 20 จากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 30 คนต่อกลุ่มคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยได้รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองการวิจัยหมายเลขเลขที่ น.10/2566 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเข้าร่วมการวิจัยให้กับตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้รับทราบและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดรายงานในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองวิจัยครั้งนี้ภายหลังได้รับหนังสือพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน โดยผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการเข้าร่วมการวิจัยให้กับตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยได้รับทราบและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์ ในช่วงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2567

ดำเนินการทดลอง

แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ในสัปดาห์ที่ 1 ประเมินการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สารสนเทศทางการแพทย์สัปดาห์ที่ 2 อบรมการใช้โปรแกรมเน็ตเวิร์กกับคิวอาร์โค้ดให้แก่กลุ่มทดลองเป็นการเฉพาะ ส่วนกลุ่มควบคุมรับการนิเทศตามรูปแบบของ

โรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 3 และ 4 จัดอภิปรายกลุ่มย่อยเฉพาะกลุ่มทดลองเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคที่พบและหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติงาน ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ดำเนินใด ๆ สัปดาห์ที่ 5 ติดตามผลการใช้โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดของกลุ่มทดลอง เพื่อกำกับติดตามการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการติดตามผล และสัปดาห์ที่ 6 ประเมินการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สารสนเทศทางการแพทย์พยาบาล

หลังการทดลอง

ดำเนินการประเมินผลหลังทำการทดลองทันที โดยใช้แบบสอบถามประเมินผลการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์และรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับเรื่อง เพศ อายุ ตำแหน่งงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน การอบรมการใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ และการอบรมการใช้สารสนเทศภายใต้การปฏิบัติงานตามมาตรฐานสากล ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน และเปรียบเทียบการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

เปรียบเทียบการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศร่วมกับ คิวอาร์โค้ดของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่างจำนวน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.7) และมีอายุอยู่ในช่วง 29-33 ปี (ร้อยละ 50.0)

ร้อยละ 100 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 85.0) และปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน (ร้อยละ 55.0) มีประสบการณ์เริ่มปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี (ร้อยละ 50) ไม่ผ่านการอบรมการใช้สารสนเทศ ทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 51.65) และไม่ผ่านการอบรมการใช้สารสนเทศภายใต้การ ปฏิบัติงานตามมาตรฐานสากล (ร้อยละ 51.7)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล จำแนกรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลอง (n₁=30) และกลุ่มควบคุม (n₂=30) หลังเข้าโปรแกรม

รายการ	การใช้สารสนเทศ ทางการพยาบาล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
		หลังเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม			
		$\bar{X}_1$	SD ₁	$\bar{X}_2$	SD ₂		
1	ทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์	4.62	0.13	1.73	0.13	84.03	<.001
2	ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศ	4.42	0.16	1.60	0.22	55.13	<.001
3	ทักษะด้านการจัดการสนเทศ	4.35	0.12	1.59	0.16	71.58	<.001
	โดยรวม	4.46	0.14	1.64	0.17		

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการใช้ สารสนเทศทางการพยาบาลหลังเข้าร่วม โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดของ กลุ่มทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.46 (SD=0.14) โดยมีคะแนนรายด้าน ทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์มีคะแนน เฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.62 (SD=0.13) รองลงมาคือ ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD=0.16) และ ทักษะการจัดการสารสนเทศ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.35 (SD=0.12)

ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการใช้ สารสนเทศทางการพยาบาล หลังเข้าร่วม

โปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด โดยรวม อยู่ในระดับน้อย เท่ากับ 1.64 (SD=0.17) ส่วนคะแนนรายด้าน ทักษะความรู้ ด้านคอมพิวเตอร์ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 (SD=0.13) ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.60 (SD=0.22) และทักษะการจัดการสารสนเทศ คะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดเท่ากับ 1.59 (SD=0.16)

ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนน เฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล หลังเข้า ร่วมโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ของกลุ่มทดลอง ($n_1=30$)

การใช้สารสนเทศทางการพยาบาล	$\bar{X}_1$	SD	t	p-value
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.46	0.09	130.07	<.001
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.65	0.09		

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของกลุ่มทดลองก่อนเข้าโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเท่ากับ 1.65 (SD=0.09) และหลังเข้าโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 4.46 (SD=0.09) กลุ่มทดลองหลังมีคะแนนเฉลี่ย การใช้สารสนเทศทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ paired t-test พบว่า t เท่ากับ 130.07 ($p<.001$) สรุปได้ว่าคะแนนเฉลี่ยการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ

อภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 กลุ่มทดลองมีคะแนนการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีการควบคุมติดตามการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁶ นำมาออกแบบโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ 3 ด้าน ดังนี้ ทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ ทักษะ

ความรู้ด้านสารสนเทศ และทักษะการจัดการสนเทศ ฐานข้อมูลสุขภาพการจากระบบสารสนเทศทางการพยาบาลสำหรับจากระบบบริการและระบบปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน³ โดยพัฒนารูปแบบโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดที่เข้าถึงง่ายขึ้น ช่วยให้กลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถทบทวนรายละเอียดเนื้อหาที่มีความซับซ้อนและศึกษาได้ทุกหัวข้อตามที่ต้องการได้ตลอดเวลา ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่รับการนิเทศในรูปแบบการบรรยายและการฝึกอบรมแบบสอนงานโดยไม่มีคู่มือการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ที่ผ่านมาการนิเทศการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล ไม่ครอบคลุมระบบบริการ การจัดการ และระบบการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถยา อมรพรหมภักดี, ฐาศุภร์ จันท์ประเสริฐ และอมราพร สุรการ¹⁴ พบว่าปัญหาของการนิเทศคือไม่มีคู่มือ หรือมีคู่มือแนวทางการนิเทศแต่ไม่ทันสมัย และไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ ดังนั้นเมื่อกกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการพยาบาล จึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อมรทิพย์ อังกูรภักดิ์วัฒน์, พัชรภรณ์ อารีย์ และเพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย¹⁵ พบว่าผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการเป็นพยาบาลสารสนเทศและดิจิทัล

และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponchitra¹⁶ ที่พบว่า การให้ความสำคัญ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถด้านสารสนเทศทางการแพทย์จะเป็นการอำนวยความสะดวกในการทำงานของพยาบาล ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยยกระดับวิชาชีพการพยาบาล และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื่องพร พิทักษ์สังข์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นประโยชน์ในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน รวมทั้งการพัฒนากระบวนการทำงานในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด ต่อการใช้สารสนเทศทางการแพทย์พยาบาลตามแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁶ การใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ ของตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ ประพันธ์โชค เสนาสุข, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา¹⁸ พบว่าการพัฒนาตนเองด้านสารสนเทศของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้สารสนเทศตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป

ประเด็นที่ 2 การใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดต่อการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ 2) ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศ และ 3) ทักษะการจัดการสารสนเทศ กลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้จากแนวคิดการนิเทศของ Proctor⁶ โปรแกรม

การนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดเป็นการให้ความรอบรู้ที่เป็นพื้นฐานของการใช้สารสนเทศปฏิบัติงานประจำวัน เพื่อให้พยาบาลเข้าถึงการใช้สารสนเทศได้ตามความต้องการและทางด้านการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน การใช้สารสนเทศทางการแพทย์เพื่อช่วยในการบันทึกทางการแพทย์ การสืบค้นข้อมูล การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่าย การนิเทศการใช้สารสนเทศทางการแพทย์ที่มีขั้นตอนและรายละเอียดที่ซับซ้อน โปรแกรมในรูปแบบคิวอาร์โค้ดทำให้สามารถทบทวนรายละเอียดขั้นตอน ช่วยให้พยาบาลเกิดความรอบรู้และเข้าใจตามหัวข้อที่ต้องการศึกษาได้ ตามความต้องการอย่างทันทั่วทั้งที่

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

งานวิจัยครั้งนี้พบว่า การใช้สารสนเทศทางการแพทย์ของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการนิเทศ มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะความรู้ด้านคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับมากที่สุด ทักษะความรู้ด้านสารสนเทศและทักษะด้านการจัดการสารสนเทศอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ด เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วของพยาบาลวิชาชีพ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับการรักษา ดังนั้นฝ่ายการพยาบาลควรทดลองใช้โปรแกรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ฝ่ายการพยาบาลนำโปรแกรมการนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการนิเทศพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน และผู้บริหารฝ่ายทรัพยากรบุคคลนำโปรแกรม

รูปแบบคิวอาร์โค้ดนิเทศพยาบาลใหม่ทั้งหอผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก สามารถนำคู่มือการนิเทศรูปแบบคิวอาร์โค้ดมาใช้เป็นแนวทางเพื่อให้เกิดความเข้าใจสารสนเทศเกี่ยวกับการบริการพยาบาล การบริหารการพยาบาล และการนำไปประยุกต์ในระบบการศึกษาพยาบาล ซึ่งการจัดทำในรูปแบบคิวอาร์โค้ด สามารถทบทวนและเรียนรู้ได้ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยเพื่อติดตามการใช้โปรแกรมนิเทศร่วมกับคิวอาร์โค้ดของพยาบาลวิชาชีพ

2) ควรศึกษาวิจัยขยายผลไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม ซึ่งอาจทำให้มีการพัฒนารูปแบบคิวอาร์โค้ดที่ครอบคลุมและใช้งานได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

References

1. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health information technology strategy, Ministry of Public Health (2016-2020) second edition. Nonthaburi: Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai).
2. Preechakoon B, Molek R, Chuwongin D, Gongmuang P, Sombutboon M. Nursing in data technology era. The Journal of Chulabhorn Royal Academy. 2021;3(1): 19-39. (in Thai).
3. Nursing Department of a Private Hospital. Individual competency assessment form private hospital. Nonthaburi: A Private Hospital; 2023. (in Thai).
4. Joint Commission International. JCI Accreditation standards for hospitals seventh edition. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission International; 2020.
5. Amonprompukdee A, Junprasert T, Surakarn A. Nursing supervision: a scoping review. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2020;30(3): 144-57. (in Thai).
6. Proctor B. Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in fundamental themes in clinical supervision. London: Routledge; 2001.
7. Saab MM, Kilty C, Meehan L, Goodwin J, Connaire S, Buckley C, et al. Peer group clinical supervision: qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors. Collegian. 2021;28(4):359-68. doi: 10.1016/j.colegn.2020.11.004.
8. Kitdesh A, Kaewbooddee K. QR CODE in Thailand and application of QR code technology in the hospitals in Thailand 4.0. Mahidol R2R e-Journal. 2024;5(2): 51-9. doi: 10.14456/jmu.2018.16. (in Thai).
9. Kamnerdwarn AT, Yokchawee S. QR code system and application to increase efficiency in organization. UBU Engineering Journal. 2021;14(2):24-37. (in Thai).
10. Sipes C. Application of nursing informatics: competencies, skills, decision-making. New York: Springer Publishing; 2019.
11. Rahman AA. Development of a Nursing Informatics Competency Assessment Tool (NICAT) [Dissertation]. Minneapolis, MN: Walden University; 2015.

12. Best JW, Kahn JV. Research in education tenth edition. Boston, MA: Pearson Education; 2014.
13. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences second edition. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998.
14. Amonprompukdee A, Junprasert T, Surakarn A. Nursing supervision: a scoping review. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(3): 144-57. (in Thai).
15. Aunggurpakkawat A, Aree P, Singchungchai P. Nursing informatics and digital competencies of first-line nurse managers in tertiary level hospitals. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2022;30(1): 113-125. (in Thai).
16. Ponchitra R. Nursing informatics. Nitte University Journal of Health Science. 2013;3(2):18-24. doi: 10.1055/s-0040-1703647.
17. Pituksung A, Poyen J, Namthep J, Chimchalong R, Panyawong T, Rerkmongkol W, et al. Digital literacy among nurses working in a university hospital. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2023;38(2):38-48. doi: 10.60099/jtnmc.v38i02.261436. (in Thai).
18. Sanachoo P, Singchungchai P, Thiengchanya P. Clinical informatics utilization in nursing administration, service and academic among directors of nursing in community hospitals, Southern Thailand. Journal of Health and Health Management. 2015;2(2):15-31. (in Thai).

การพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ โควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน

พิศิษฐ์ พลชนะ* จารุวรรณ สอนงญาดี* เรวดี โพธิ์รัง* ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์*

บทคัดย่อ

บทนำ : เทคโนโลยีไร้สายเป็นอุปกรณ์หนึ่งสำหรับติดตามอาการผู้ป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน และช่วยให้ผู้ป่วยประเมินอาการและวางแผนการดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย : 1) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนานวัตกรรมฯ และ 2) ศึกษาผลของนวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายในการติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์ปัญหาและการพัฒนานวัตกรรม โดยใช้กรอบแนวคิด ADDIE Model และ 2) การศึกษาผลของนวัตกรรมฯ วิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 50 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้คือนวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน และแบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย : พบว่า 1) การติดตามอาการผู้ป่วยทำได้ผ่านเทคโนโลยีติดตามอาการผู้ป่วยและใช้หลักการวัดสัญญาณชีพและวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่แสดงค่าต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาอาการ พร้อมวางแผนการดูแลตนเองและให้คำแนะนำ และ 2) กลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล : นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองหลังติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 นวัตกรรม การติดตามอาการ เทคโนโลยี

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสาน : เรวดี โพธิ์รัง, E-mail: rawadee@snc.ac.th

The development of wireless technology innovation for monitoring symptoms of patients with COVID-19 during a home recovery phase

Pisit Poltana* Jaruwan Sanongyard* Rawadee Phorang* Khonruetai Thammakijpirote*

Abstract

Background: The wireless technology is one of the devices used to monitor the symptoms of patients with COVID-19 during a home recovery phase. It enables patients to accurately assess their condition and plan appropriate initial self-care.

Objective: 1) To analyze the problems and develop an innovative wireless technology 2) To examine the effects of the wireless technology innovation on monitoring the symptoms of patients with COVID-19 during a home recovery phase.

Methods: This research and development study was conducted in two phases: 1) problem analysis and innovation development using the ADDIE Model, and 2) examining the effects of the wireless technology innovation through a quasi-experimental design with two groups of 50 participants each. Pre- and post-tests were conducted over 4 weeks. Research instruments included the wireless technology innovation to monitor COVID-19 symptoms and a self-care behavior assessment. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and t-tests.

Results: 1) Symptom monitoring was achieved through the use of innovative wireless technology to track patients' symptoms by measuring vital sign and blood oxygen saturation. These data served as the basis for evaluating patients' conditions, planning self-care, and providing recommendations. 2) After participating in the intervention, the experimental group showed significantly improved self-care behaviors compared to the pre-intervention group and the control group at a statistical significance level of 0.05. The development of wireless technology innovation for monitoring COVID-19 symptoms during the home recovery phase effectively enhanced self-care behaviors.

Keywords: post COVID-19 patients, innovation, symptom monitoring, technology

* Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Rawadee Phorang, E-mail: rawadee@snc.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลก รวมถึงประเทศไทยเช่นกันที่ต้องเผชิญกับโรคดังกล่าวตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดจนถึงปัจจุบันที่ส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วิธีการดำรงชีวิตของบุคคลและความต้องการการตอบสนองของบริการสุขภาพทั้งระบบ ทั้งนี้สถานการณ์การระบาดมีแนวโน้มยังคงขยายตัวไปเรื่อย ๆ โดยภาพรวมการรายงานทั่วโลก ณ ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อแล้วทั้งสิ้น 774 ล้านคน และมีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคนี้กว่า 7 ล้านคน และมีผู้ป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง บางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงมีผู้เสียชีวิตเพิ่มจำนวนขึ้น¹

การติดเชื้อโควิด-19 อาจทำให้ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย จนถึงขั้นรุนแรงที่สามารถทำลายปอดและระบบทางเดินหายใจได้ และแม้ได้รับการรักษาหายแล้ว อาจพบผู้ป่วยร้อยละ 6 ที่มีผลกระทบที่เรียกว่า Long COVID และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 15 อาจมีอาการได้นานถึง 12 เดือน ซึ่งเกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะจากการรุกรานของเชื้อโควิด-19 โดยตรงและการอักเสบของอวัยวะจากภาวะภูมิคุ้มกันถูกกระตุ้นจากการติดเชื้อ² โดยอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 81.7% อาการทั่วไปของร่างกาย ร้อยละ 27.88% และอาการระบบประสาท ร้อยละ 22³ ดังนั้นการติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทีมสุขภาพมีระบบการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการ

การดูแลแบบ Home isolation ด้วย Application ในการดูแลทางไกลผ่านวิดีโอคอลทางโทรศัพท์และไลน์⁴ ที่สะท้อนให้เห็นแนวทางในการดูแลและติดตามอาการของผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล กิจกรรมการดำเนินการติดตามผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลตนเองเบื้องต้น การฝึกทักษะ การประเมินปัญหาและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการรุนแรง⁵ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสามารถช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁶⁻⁷ จากแนวคิดดังกล่าวคณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านที่จะช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ได้ทั่วถึงยิ่งขึ้นโดยนวัตกรรมฯ นี้ จะเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่ช่วยผู้ป่วยเข้าใจ เสริมสร้างองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลตัวเองเบื้องต้น ซึ่งจะรวมทั้งมีอุปกรณ์การวัดสัญญาณชีพและตรวจปริมาณออกซิเจนแบบไร้สาย ที่ช่วยให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ทั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

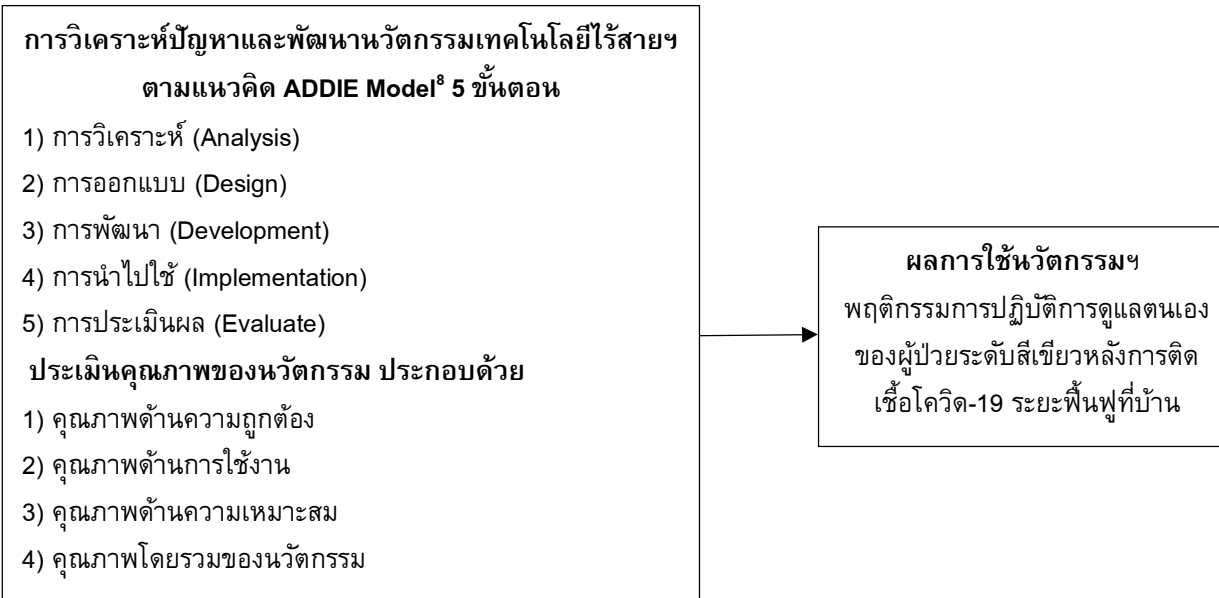
1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อ

โควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด
การพัฒนาตาม ADDIE Model⁸ เพื่อให้ได้นวัตกรรม

มีประสิทธิภาพตรงตามความต้องการในการ
ของผู้ป่วยในลักษณะที่มีโครงสร้าง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาตาม
กรอบแนวคิด ADDIE Model⁸ แบ่งการศึกษาเป็น
2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์และพัฒนา
นวัตกรรมฯ และระยะที่ 2 ศึกษาผลของนวัตกรรมฯ ดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนา
นวัตกรรมฯ** ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (R1) วิเคราะห์
ปัญหาหรืออุปสรรคต่อการติดตามการเฝ้าระวัง
สัญญาณเตือนอาการผิดปกติภายหลังติดเชื้อ
โควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน โดยการวิเคราะห์
และศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมถึง
ศึกษารูปแบบอุปกรณ์ที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการ
วิเคราะห์ประเมินปัญหาสุขภาพเบื้องต้น พร้อม
วิเคราะห์จุดดีและจุดด้อยของนวัตกรรมแต่ละชิ้น
ด้วยแบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
และแบบสำรวจความต้องการอุปกรณ์ติดตาม

การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการผิดปกติ
ภายหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมฯ (D1)

โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนา
นวัตกรรมฯ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ
1) ส่วนของอุปกรณ์ตรวจวัดสัญญาณชีพและวัด
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และ 2) ส่วน
ของการประมวลผลข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน
และมีการเชื่อมส่งค่าต่าง ๆ ที่ประเมินได้ไปปรากฏ
บนจออุปกรณ์เฝ้าสังเกตอาการ (Monitor) ซึ่งม
ีการประเมินคุณภาพนวัตกรรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม
ข้อเสนอแนะต่อไป

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของนวัตกรรมฯ
(R2) เป็นการนำนวัตกรรมฯ ที่ผ่านการพัฒนา
ในระยะที่ 1 ไปใช้ในสภาพจริง ศึกษาแบบกึ่งทดลอง
(Quasi-experimental study) แบบ สอง กลุ่ม

วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) มีรายละเอียด ดังนี้

ตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มสีเขียวที่มีปัญหาการทำงานของปอดระยะฟื้นฟูที่บ้าน โดยมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงกันยายน พ.ศ. 2566

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มสีเขียว ที่มีปัญหาการทำงานของปอดระยะฟื้นฟูที่บ้าน คำนวณโดย G*Power โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95⁹ ได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 45 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 90 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁰ จึงได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 100 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Random assignment) ด้วยวิธีการจับคู่ (Matching subject) ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) อายุ 18 ถึง 70 ปี 2) ไม่มีประวัติการเป็นโรคระบบทางเดินหายใจในระยะ 1 สัปดาห์ก่อนการติดเชื้อ 3) ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยวิธีสไปโรเมทรี (Spirometry) โดยมีค่า FEV1 และ FVC ที่ต่ำกว่าปกติ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดเลือกร่วมประกอบด้วย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัย และพบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจขณะเริ่มการทดลอง เกณฑ์ในการยกเลิก คือ การขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน พร้อมสมุดคู่มือการใช้งาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผลของนวัตกรรมฯ ประกอบด้วย

2.1 แบบวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแบบสำรวจความต้องการอุปกรณ์ติดตามการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการผิดปกติภายหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

2.3 แบบวัดพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียวหลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านแบ่งออกเป็น 6 ด้าน โดยใช้แนวคิดของ Orem¹¹ ที่แบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อฯ จำนวน 6 ข้อ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 5 ข้อ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ¹² ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คือ ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อยที่สุด ถึง ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของ Best and Kahn¹³ ที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) น้อย (1.51-2.50 คะแนน) ปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มาก (3.51-4.50 คะแนน) และมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียว หลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการระบาดวิทยา 1 ท่าน และด้านสื่อเทคโนโลยี 1 ท่าน ได้ค่าตรงรสนความ สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปร ของการวิจัย (IOC) =.87

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึง กับตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .78

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM017/2565 รับรองวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2566

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

**ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนา
นวัตกรรมฯ** ดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นวิเคราะห์ปัญหา

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อสำรวจ ความต้องการอุปกรณ์ติดตามการเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนอาการผิดปกติภายหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน โดยการสนทนาเป็นรายบุคคล

1.2 ศึกษาทบทวนวรรณกรรม (Systematic review) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ หาปัญหาหรืออุปสรรคต่อการติดตามการเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนอาการผิดปกติภายหลังติดเชื้อ โควิด-19 ในระยะฟื้นฟูที่บ้าน รวมถึงศึกษารูปแบบ อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และออกแบบนวัตกรรมฯ ที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน

1.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล เชิงเนื้อหาเพื่อนำไปออกแบบนวัตกรรมฯ

2. ขั้นการพัฒนาวัตกรรมฯ

2.1 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นเตรียมการพัฒนา นวัตกรรมฯ มาออกแบบพัฒนานวัตกรรมฯ การติดตามการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการ ผิดปกติภายหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะฟื้นฟู ที่บ้าน ที่เป็นอุปกรณ์เฝ้าสังเกตอาการ และมีการ เชื่อมส่งค่าต่าง ๆ ที่ประเมินได้ไปปรากฏ บนจออุปกรณ์เฝ้าสังเกตอาการ ประกอบด้วย ส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ 1) ส่วนของอุปกรณ์ ตรวจวัดสัญญาณชีพและวัดความเข้มข้นของ ออกซิเจนในเลือด และ 2) ส่วนของการ ประมวลผลข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันในการ เฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการผิดปกติ

2.2 ตรวจสอบคุณภาพของนวัตกรรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย 1) คุณภาพด้านการใช้งาน 2) คุณภาพด้าน ความถูกต้อง 3) คุณภาพด้านความเหมาะสม และ 4) คุณภาพโดยรวมของนวัตกรรมฯ และ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อการปรับปรุงแก้ไข นวัตกรรมฯตามข้อเสนอแนะต่อไป

ระยะที่ 2 การศึกษาผลของนวัตกรรมฯ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เข้าพบสาธาณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย เพื่อเสนอแผน อธิบายขั้นตอน
ในการดำเนินการวิจัย ขอข้อมูลจากพื้นที่ และ
เก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยหลัง
การติดเชื้อโควิด-19 ระดับสีเขียวระยะฟื้นฟูที่
บ้าน พร้อมคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่
กำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ
ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการ
พิทักษ์สิทธิตัวอย่างพร้อมขอความร่วมมือใน
การดำเนินการวิจัย เมื่อสมัครใจให้ลงลายมือชื่อ
ในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรม
การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียว
หลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

2.2 ผู้วิจัยสอนและสาธิตวิธีการใช้
นวัตกรรมฯ พร้อมให้ตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ
เพื่อประเมินความเข้าใจในการใช้นวัตกรรมฯ
และมอบนวัตกรรมฯ พร้อมสมุดคู่มือการใช้งาน
เพื่อให้ตัวอย่างใช้นวัตกรรมฯที่บ้านด้วยตนเอง
เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และระหว่างการใช้นวัตกรรมฯ
มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทาง
Line application หรือทางโทรศัพท์ ซึ่งในการ
ทดลองแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที
และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 4

2.3 ตัวอย่างทำประเมินพฤติกรรม
การปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสี
เขียวหลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน
หลังการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง
สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำข้อมูลที่
รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลใน

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนานวัตกรรม
ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ
ปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียว
หลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านด้วย
การใช้สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและพัฒนา
นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วย
ติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน แบ่งออกเป็น
2 ระยะ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (R1) จากการ
วิเคราะห์ปัญหา พบว่า การติดตามอาการผู้ป่วย
ภายหลังติดเชื้อโควิด-19 เมื่อกลับบ้าน สามารถ
ทำได้โดยใช้ Application Line, การติดตาม
ทางโทรศัพท์, เพจ Facebook รวมถึงการดูแล
ทางไกลผ่านวิดีโอคอล⁶ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี
การให้ความรู้การดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันเพื่อวางแผนการ
จำหน่าย การใช้ระบบติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วย
ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile health
หรือ mHealth) ภายหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล อาทิ ติดตามอัตราการเต้น
ของหัวใจ ความถี่ของการออกกำลังกาย¹⁴
นอกจากนี้ การติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
ที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น การ
ประเมินสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของ
ออกซิเจนทำได้โดยการส่งข้อมูลเหล่านั้นผ่าน
โทรศัพท์มือถือเพื่อหลีกเลี่ยงการประเมินภาวะ
สุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง¹⁵ แต่ผู้ป่วยไม่
สามารถประเมินอาการเบื้องต้นที่ผิดปกติของ

ตนเองได้ รวมถึงมีปัญหาการเข้าถึงระบบฐานข้อมูล ปัญหาการสื่อสาร และปัญหาเครื่องมือการสื่อสารและสัญญาณอินเทอร์เน็ต ซึ่งอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามอาการที่ใช้อยู่มีการทำงานระหว่างเทคโนโลยีในการเชื่อมต่อกับคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ที่อาจทำให้มีผลต่อการติดตามอาการและให้คำแนะนำผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากการติดเชื้อโควิด-19 ผู้ป่วยมีอาการที่พบมากที่สุดได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจมากที่สุด จึงได้มีการนำข้อมูลดังกล่าวมาพัฒนาวัตกรรมฯ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนานวัตกรรมฯ

(D1) จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ตามแนวคิด ADDIE model จึงได้พัฒนานวัตกรรมฯ ที่เป็นอุปกรณ์ติดตามอาการผู้ป่วยโดยใช้

หลักการของการวัดสัญญาณชีพและการวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ทำหน้าที่ในการแสดงค่าต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่ให้ข้อคิดเห็นว่านวัตกรรมฯ สามารถใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน แต่อุปกรณ์มีขนาดใหญ่เกินไป พกพาไม่สะดวก ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมฯ ขึ้นใหม่ โดยมีการปรับให้อุปกรณ์มีขนาดเท่าเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ และสามารถเชื่อมต่อและส่งค่าต่าง ๆ ที่ประเมินได้ไปปรากฏบนจออุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ พร้อมสร้างคู่มือการใช้งาน เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกต่อการใช้งานยิ่งขึ้น หากลิ้มขั้นตอนการใช้งาน และนำข้อมูลไปใช้ในตัดสินใจในการดูแลเบื้องต้น ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 ภาพนวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สาย ติดตามอาการผู้ป่วยผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

ระยะที่ 2 การประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 35 และ 42.5 ตามลำดับ รวมถึงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80 และ 72.5 ตามลำดับ และเป็น

ครอบครัวขยาย ร้อยละ 45 และ 37.5 ตามลำดับ แต่ทั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 27.5 ส่วนควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 27.5 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.5 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียว หลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านของ กลุ่มทดลองหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง

และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ขณะคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลตนเองของกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรมไม่เพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียวหลังการติดเชื้อ โควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้นวัตกรรมฯ และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังที่ได้รับการติดตามอาการในรูปแบบปกติ (n=100)

พฤติกรรม การปฏิบัติของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Paired t-test	P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	2.34	2.14	2.30	2.10	1.024	.528
หลังการทดลอง	4.73	3.26	2.36	2.12	8.251	<.001*

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์ปัญหาและการพัฒนา นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วย ติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านได้ผลการ ประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับดี เนื่องจากนวัตกรรมฯ ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบ แนวคิด ADDIE Model 5 ขั้นตอน ซึ่งเป็น หลักการในการพัฒนานวัตกรรมที่เป็นที่ยอมรับ กันอย่างแพร่หลายด้วย เริ่มจากการวิเคราะห์ที่ สาเหตุของปัญหา ศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ก่อนนำมาพัฒนานวัตกรรม แล้วนำไปใช้และ ประเมินผลต่อไปตามลำดับ⁸ และใช้หลักการ ของการวัดสัญญาณชีพและการวัดความเข้มข้น ของออกซิเจนในเลือดที่ทำหน้าที่ในการแสดงค่า ต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมิน ปัญหาสุขภาพ เนื่องจากสัญญาณดังกล่าวเป็น สิ่งบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ของกลไกการรักษาสภาวะ ดุลยภาพ¹⁶ และนวัตกรรมฯ นี้สามารถส่งต่อ ข้อมูลผ่านไปยังคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ เพื่อนำ ข้อมูลไปใช้ในการประเมินอาการเบื้องต้นและปฏิบัติ

การดูแลตนเองเบื้องต้น หรือขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการรุนแรงขณะอยู่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางช่องทาง Line Application เพื่อช่วยป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ ประเมินอาการผิดปกติและดูแลตนเองเบื้องต้น ได้อย่างถูกต้อง⁵ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่กักตัวที่บ้านอยู่ในบริบทพื้นที่ชุมชน และโรงงาน ที่ได้รับการดูแลตามระบบการรักษาตัวแบบ Home Isolation ของ Application Dietz Covid Tracker ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมตามมาตรฐาน บริการปฐมภูมิทั้ง 4 ด้าน และเจ้าหน้าที่มีระบบ ให้ผู้ป่วยรายงานอาการผ่าน Application สามารถติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง¹⁷

2. ผลของการทดลองใช้นวัตกรรมฯ พบว่า ภายหลังจากใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สาย ติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น กว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนวัตกรรม เทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อ

โควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านมีการออกแบบสำหรับใช้เป็นอุปกรณ์ติดตามอาการผิดปกติที่บ้าน จึงได้มีการออกแบบให้สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹¹ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดำเนินการดูแลตนเองได้ทั้งในเรื่องของการรักษาและเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มทดลองจะได้รับการนำนวัตกรรมฯ ซึ่งประกอบด้วยคู่มือการใช้งาน และเครื่องวัดสัญญาณชีพร่วมกับตัววัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด รวมถึงวิธีการนับหายใจ พร้อมวิธีการส่งต่อการแจ้งเตือนกรณีสัญญาณชีพผิดปกติ ไปใช้ที่บ้านภายหลังได้รับการแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้งานดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้นวัตกรรมฯ ในการประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้นได้ รวมถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เนื่องจากการให้ความรู้ การชี้แนะ การสอน และสนับสนุนสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ การดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ นอกจากนี้ นวัตกรรมฯ มี Line Application เป็นช่องทางของการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการรุนแรงขณะอยู่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยภายหลังติดเชื้อ โควิด-19 กลุ่มสีเขียวที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ย่อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองต่อการจัดการตนเองเมื่อมีความผิดปกติ¹⁹

แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านร่วมกับ Line Application สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยระดับสีเขียวหลังการติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านเกี่ยวกับการประเมินอาการ และการดูแลตนเองเบื้องต้นได้ด้วยตนเองดีขึ้น

ซึ่งการสอบถามหรือขอคำแนะนำต่าง ๆ ทางช่องทางของแอปพลิเคชันได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำในการวิเคราะห์ การดูแลสุขภาพและเป็นประโยชน์ในเรื่องของการดูแลสุขภาพในแต่ละวันได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการผิดปกติและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง²⁰ แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีบนมือถือ ได้แก่ การส่งข้อความ (SMS) Application ต่าง ๆ การใช้พ็อดคาสต์ (Podcast) และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information software) ในการให้ข้อมูล การติดตามอาการ และประเมินภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการโรคได้ดีขึ้น และสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้²¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การสร้างและพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้านในครั้งนี้ใช้หลักการของการวัดสัญญาณชีพและการวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่สามารถส่งต่อข้อมูลผ่านไปยังคอมพิวเตอร์ หรือโทรศัพท์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการประเมินอาการเบื้องต้น และพฤติกรรมการดูแลตนเองเบื้องต้น หรือขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการรุนแรงขณะอยู่บ้านได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทางช่องทาง Line Application ที่สามารถนำมาใช้งานได้จริง และผู้ใช้งานนวัตกรรมฯ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ภายหลังการใช้งานนวัตกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

นวัตกรรมเทคโนโลยีไร้สายเพื่อติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ระยะฟื้นฟูที่บ้าน

สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ โดยแก้ไขจุดอ่อนของนวัตกรรม ปรับปรุงรูปแบบให้มีขนาดเล็กลง สวยงามมากขึ้น และมีแบตเตอรี่สำรอง

References

1. World Health Organization. Situation of coronavirus disease 2019 in Thailand: 7 February 2024. [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 20]; Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/07-02-2024-update-on-covid-19-in-thailand--7-february-2024-THA>. (in Thai).
2. Kampan P. Long COVID and long-term pulmonary complications of COVID-19. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital. 2022;18(2):79-96. (in Thai).
3. Ruttawongsa A, Ruttawongsa A. Development of a continuity-of-care system for COVID-19 patients. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2023;7(13): 68-81. (in Thai).
4. Tinnaiton W. Development of home isolation care application system for COVID-19 patients. Thai Journal of Public Health and Health Sciences. 2023;6(2):65-79. (in Thai).
5. Jitbantad W, Fong-ngam P, Samerpop K, Manraden MK, Jitbantad H. Telehealth Care Model of home isolation in Health Region 12 Thailand: an extension of voluntary health workforce. Journal of Health Systems Research. 2023;17(3): 553-73. (in Thai).
6. Continuing Nursing Unit, Siriraj Hospital. Continuing care. [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 20]; Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_OPD/admin/download_files/3_61_1.pdf.
7. Utthiya P, Sereewichayasawad N, Sirilerttraku S, Wannakansophon N. Roles of home health care nurses in caring for patients receiving chemotherapy via central venous catheter at home. Ramathibodi Nursing Journal. 2019;25(2): 119-29. (in Thai).
8. Kurt S. "DDIE Model: instructional design. [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 19]; Available from: <https://educationaltechnology.net/the-addie-model-instructional-design/>
9. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
10. Polit DF. Statistics and data analysis for nursing research second edition. London: Pearson Education Limited; 2010.
11. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: concepts of practice sixth edition. St.Louis, MO: Mosby; 2001.
12. Likert R. New pattern of management. New York: McGraw-Hill; 1961.
13. Best JW, Kahn JV. Research in education ninth edition. New Delhi: Prentice-Hall of India Private Ltd; 2003.
14. Cheevakasemsook A. Digital technology for patient care: an essential for cardio-

- thoracic nurses in the 21st century. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing. 2021; 32(1):2-13. (in Thai).
15. Siriwardhana Y, Gur G, Ylianttila M, Liyanage M. The role of 5G for digital healthcare against COVID- 19 pandemic: opportunities and challenges. ICT Express. 2020;7(2):244-52. doi: 10.1016/j.ict.2020.10.002.
 16. Rujiwattanakorn D. Assessment of vital signs [teaching document]. Bangkok: Mahidol University; 2019. (in Thai).
 17. National Health Security Office. NHSO sets criteria for the cost of care for “outpatients infected with COVID-19” according to the “find, give, finish” approach. [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 20]; Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3506>. (in Thai).
 18. Rungsipanodon P, Wongsaree C, Jeangwirichaikul A. Utilization of Orem’s Self Care Theory for caring in prevention of foot ulcer among diabetic patients. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2018;12(3):89-100. (in Thai).
 19. Khantichitr P, Promwong W, Keawmanee C, Charoenukul A. Health Belief Model in the prevention of corona virus disease 2019 (COVID-19) among people in Ubon Ratchathani Province. Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong. 2021;5(2): 39-53. (in Thai).
 20. Whitehead L, Seaton P. The effectiveness of self-management mobile phone and tablet apps in long-term condition management: a systematic review. J Med Internet Res. 2016;18(5): e97. doi: 10.2196/ jmir.4883.
 21. Free C, Phillips G, Galli L, Watson L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care consumers: a systematic review. PLoS Med. 2013; 10(1):e1001362. doi: 10.1371/journal.pmed.100136

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

จุฑาทิพย์ เตชเดชะ* ศิริวรรณ ไบตระกูล* จิราพร เป็งราชรอง*
ณิชาภรณ์ นาควิโรจน์* จิตอารี ชาติมนตรี* สมปรารถนา สุดใจนาค**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กปฐมวัยเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเด็กจึงมีความสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติ และประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยสนทนากลุ่มกับครูพี่เลี้ยง 4 คนและผู้ปกครอง 6 คน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 3 ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับครูพี่เลี้ยง 10 คน และผู้ปกครอง 70 คน เครื่องมือ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed-rank test และ Paired t-test

ผลการวิจัย : ระยะที่ 1 พบปัญหาสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากรที่ขาดทักษะการประเมินโรคและการสื่อสาร 2) ด้านการดำเนินงานที่ขาดระบบติดตามและเฝ้าระวัง และ 3) ด้านทรัพยากรที่มีข้อจำกัดในการจัดหาอุปกรณ์และสถานที่ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันโรค และแนวปฏิบัติการควบคุมโรค ระยะที่ 3 พบว่า ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่คะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ปกครองมีคะแนนทั้งด้านความรู้ และพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

สรุปผล : แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของครูพี่เลี้ยง และสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ผู้ดูแลเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สมปรารถนา สุดใจนาค, E-mail: sompratthana@bnc.ac.th

Development of guidelines for preventing and controlling respiratory infections in children for caregivers at preschool child development centers

Juthatip Dejdech^{*} Siriwan Baitragual^{*} Jiraporn Pengrachong^{*}
Nichakan Nakvirojana^{*} Jitaree Chatmontree^{*} Sompratthana Sudjainark^{**}

Abstract

Background: Respiratory tract infections in early childhood are a significant problem commonly found in preschool child development centers. Developing guidelines for caregivers is crucial for disease prevention and control.

Objectives: To investigate the current situation, develop guidelines, and evaluate the effectiveness of implementing guidelines for the prevention and control of respiratory tract infections in children for caregivers in preschool child development centers.

Methods: This research and development study was conducted in three phases: Phase 1 Situation analysis conducted through focus group discussions with four caregivers and six parents; Phase 2 Guideline development; and Phase 3 Guideline implementation with ten caregivers and 70 parents. The research instruments were focus group discussion guides and questionnaires. Data were collected through focus group discussions and questionnaires. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-rank test, and Paired t-test.

Results: Three major problems were identified in Phase 1 : 1) personnel lacked skills in disease assessment and communication, 2) operational challenges included the lack of monitoring and surveillance systems, and 3) limited resources for equipment and facilities. In Phase 2 guidelines were developed comprising two main components: disease prevention and control guidelines. Phase 3 showed that caregivers' overall behavior scores significantly improved ($p < .05$), while knowledge scores remained unchanged. The parents showed significant improvements in both knowledge and behavior scores ($p < .001$).

Conclusions: The developed guidelines were effectively in improving caregivers' prevention behaviors and enhanced parents' knowledge and behaviors.

Keywords: Guidelines, respiratory infections, caregivers, preschool child development center

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

^{**} Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

Corresponding Author: Sompratthana Sudjainark, E-mail: sompratthana@bnc.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 740,180 ราย¹ สำหรับประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2566 โรคปอดอักเสบมีอัตราการป่วยสูงสุด รองลงมาคือโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคมือ เท้า ปาก ตามลำดับ²

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค เนื่องจากพฤติกรรมของเด็กที่มีการสัมผัสใกล้ชิด การใช้สิ่งของร่วมกัน และข้อจำกัดในการปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย³ ประกอบกับระบบภูมิคุ้มกันที่ยังไม่สมบูรณ์ในเด็กเล็ก⁴ ส่งผลให้เด็กที่เข้ารับการดูแลในศูนย์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้านถึง 2-4 เท่า⁵ จากงานวิจัยพบว่าการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ร้อยละ 30³ จากการศึกษาสถานการณ์ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ซึ่งมีเด็กในความดูแล 90 คน และครูพี่เลี้ยง 10 คน พบการระบาดของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.27 ของเด็กที่มารับบริการ โดยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ศูนย์ยังขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์แก่ผู้ดูแลเด็ก⁶

แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁷ แต่ยังพบช่องว่างขององค์ความรู้ในบริบทของประเทศไทย การศึกษานี้จึงมุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติโดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง และอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการออกแบบการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Systemic design)⁸ ร่วมกับแนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคขององค์การอนามัยโลก⁹ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของศูนย์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
3. เพื่อประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก สำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการออกแบบการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ (Systemic design) ของ Jones and Kijima⁸ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติและประเมินผลร่วมกับแนวคิดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กขององค์การอนามัยโลก⁹ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดิน

หายใจสำหรับผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็ก
ก่อนวัยเรียน มีขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน ซึ่งการ
พัฒนาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก

ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบ
ทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตาม
แผนภาพที่ 1 ดังนี้

แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของเด็กก่อนวัยเรียน
ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ปัญหา

- ศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
- จัดประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง
- ประเมินความรู้และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

2. การออกแบบแนวปฏิบัติ

- พัฒนาแนวปฏิบัติโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์และคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมประเด็นสำคัญ: การเฝ้าระวัง การควบคุมการระบาด และการป้องกันการระบาดซ้ำ

3. การพัฒนาแนวปฏิบัติ

- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก
- ฝึกทักษะการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
- สร้างสื่อการเรียนรู้และช่องทางการสื่อสารสนับสนุน

4. การประเมินและปรับปรุง

- ประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก
- วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ
- ปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

ความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน
ในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development: R&D) ดำเนินการ
ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567 ณ
ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีแห่งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุม
โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของเด็ก สำหรับ
ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน
ที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 นำมาวิเคราะห์
สถานการณ์จากหลักฐานเชิงประจักษ์และ
คำแนะนำขององค์การอนามัยโลก และนำมา
สังเคราะห์แนวปฏิบัติตามความต้องการของตัวอย่าง

ผ่านการทำสนทนากลุ่ม (Focus group) ครอบคลุม
เนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อ 2) การควบคุมการระบาดของโรค
และ 3) การป้องกันการระบาดซ้ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการ
สนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดิน
หายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนา
เด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ

2.2 แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมาตรฐาน
การประเมินโปรแกรม/รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นโดย
The Joint Committee on Standards for Education
Evaluation อ้างใน ธนพร วีระเจริญ กิจ¹⁰

ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ ด้านความเหมาะสมเชิงจริยธรรมและ ด้านความถูกต้อง เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 = เหมาะสม/เป็นไปได้มากที่สุด, 4 = เหมาะสม/เป็นไปได้มาก, 3 = เหมาะสม/เป็นไปได้ปานกลาง, 2 = เหมาะสม/เป็นไปได้น้อย, 1 = เหมาะสม/เป็นไปได้น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, 4.21-5.00 = มากที่สุด

2.3 แบบทดสอบความรู้การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็ก สำหรับครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข² จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบ ถูก-ผิด (ตอบถูก = 1 คะแนน ผิด = 0 คะแนน) การแปลผลคะแนน 0-15 = ความรู้ระดับต่ำ, 16-20 = ความรู้ระดับปานกลาง, และ 21-25 = ความรู้ระดับสูง

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็ก สำหรับครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข² จำนวน 23 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยใช้เกณฑ์ 1.00-1.80 = น้อยที่สุด, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, 4.21-5.00 = มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และวัยรุ่น 1 ท่าน ครูปฐมวัย 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการติดเชื้อในเด็ก 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการวิเคราะห์ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index: IOC) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่าง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 20 ของตัวอย่าง) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบทดสอบความรู้โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹¹ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

ตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ประกอบด้วย ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการ 90 คน และครูพี่เลี้ยง 10 คน ที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน ในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567

การดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ มีการคัดเลือกตัวอย่างดังนี้:

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Research: R1) เป็นการศึกษาสถานการณ์ และรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Focus group) ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน

ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2) การควบคุมการระบาดของโรค และ 3) การป้องกันการระบาดซ้ำ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามสัดส่วนจำนวนเด็กในแต่ละห้องรวม 10 คน ประกอบด้วย ครูพี่เลี้ยง 4 คน (ห้องละ 1 คน) ผู้ปกครอง 6 คน ประกอบด้วย ห้องเด็กเล็กและหัดเดินห้องละ 1 คน, และห้องเด็กกลางและโตห้องละ 2 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Development: D1) เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาพัฒนาแนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก ครูปฐมวัย และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการติดเชื้อในเด็ก เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Research: R1) เป็นการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับตัวอย่าง ประกอบด้วย ครูพี่เลี้ยงทั้งหมด 10 คน และผู้ปกครอง 70 คน โดยขนาดตัวอย่าง ผู้ปกครองคำนวณจากโปรแกรม G*Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง 0.5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และอำนาจการทดสอบ .95 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน จากนั้นคัดเลือกผู้ปกครองแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และทำการจับคู่ (Matching) โดยจับคู่ผู้ปกครองที่มีอายุใกล้เคียงกัน (± 5 ปี) และมีระดับการศึกษาเดียวกัน จัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เพื่อควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่นำเด็กมารับบริการไม่น้อยกว่า 1 เดือน

และ 2) ครูพี่เลี้ยงที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยทั้งสองกลุ่มต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ ใช้สื่อออนไลน์พื้นฐานได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย และ 3) มีการย้ายที่อยู่หรือเปลี่ยนสถานที่ดูแลเด็กระหว่างการวิจัย

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง เอกสารรับรองเลขที่ EC 010/2567 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นศึกษาสถานการณ์: วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจากการศึกษาข้อมูลการเจ็บป่วยย้อนหลังและสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้ดูแลเด็กเพื่อนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. ขั้นพัฒนาแนวปฏิบัติ: จัดประชุมร่วมกับผู้บริหารศูนย์ ครูพี่เลี้ยง และตัวแทนผู้ปกครอง เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้ และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำประเมินความรู้และพฤติกรรมก่อนใช้แนวปฏิบัติ (Pre-test)

3. ขั้นนำไปใช้และประเมินผล: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและเผยแพร่แนวปฏิบัติผ่านสื่อออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Line และ Facebook รวมทั้งจัดทำเป็น E-book ให้ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก ดำเนินการตามแนวปฏิบัติเป็นระยะเวลา 2 เดือน หลังจากนั้นประเมินความรู้และพฤติกรรมหลังใช้แนวปฏิบัติ (Post-test) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหาของการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจของเด็กโดย Content analysis¹²

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และใช้ Paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การจับคู่ตามอายุและระดับการศึกษา โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทดสอบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะที่ใช้ในการจับคู่ระหว่างสองกลุ่มด้วย Independent t-test สำหรับตัวแปรอายุ และ Chi-square test สำหรับระดับการศึกษา

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ

การสนทนากลุ่ม พบประเด็นสำคัญ 2 ส่วน ประกอบด้วย 1. สถานการณ์การดำเนินงานในปัจจุบัน มีการดำเนินการมาตรฐานในการป้องกันและควบคุมโรค ประกอบด้วย 1) การคัดกรองอุณหภูมิร่างกายเมื่อรับเด็กเข้าศูนย์ 2) การจัดการสภาพแวดล้อมโดยติดตั้งเครื่องฟอกอากาศและเครื่องปรับอากาศ และ 3) การให้เด็กหยุดพักเมื่อมีอาการป่วย และ 2. ประเด็นปัญหา ประกอบด้วย ประเด็นปัญหาที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบุคลากร พบปัญหาการขาดทักษะในการประเมินและแยกประเภทโรค ขาดบุคลากรดูแลเด็กป่วยแยกเฉพาะราย และการสื่อสารระหว่างครูกับผู้ปกครองไม่เป็นระบบ 2) ด้านการดำเนินงาน พบข้อจำกัดเรื่องระบบการติดตามและประเมินอาการที่ไม่ชัดเจน การขาดระบบเฝ้าระวังในระยะแฝง และขาดกิจกรรมส่งเสริมภูมิคุ้มกันที่เป็นระบบ และ

3) ด้านทรัพยากร พบข้อจำกัดด้านงบประมาณสำหรับจัดหาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์คัดกรองโรค และการจัดสถานที่แยกโรคที่เหมาะสม

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค

จากการศึกษาสถานการณ์ในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ที่ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันโรค และแนวปฏิบัติการควบคุมโรค ดังนี้

2.1 แนวปฏิบัติการป้องกันโรค ประกอบด้วย

- กำหนดมาตรการป้องกันที่ชัดเจน เช่น การสอนล้างมือที่ถูกต้อง และการจัดกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันผ่านการออกกำลังกาย สัปดาห์ละครั้ง

- ให้ผู้ปกครองลงนามรับทราบเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การคัดกรองอาการประจำวัน การแจ้งอาการป่วย และการหยุดพักเมื่อมีอาการ

- การให้ความรู้ผ่าน Line Application และ Facebook เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร การเข้าถึงข้อมูลและการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง

2.2 แนวปฏิบัติการควบคุมโรค ประกอบด้วย

- กำหนดแนวทางปฏิบัติเมื่อพบเด็กป่วย รวมถึงการจัดเตรียมห้องแยกพร้อมอุปกรณ์

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ 5 โรคยอดฮิตในเด็ก” โดยมีกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อเป็นวิทยากร ให้ความรู้แก่ครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับการประเมินอาการ การคัดกรองโรค และการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดทักษะในการประเมินและแยกประเภทโรค

- พัฒนาระบบติดตามอาการที่เป็นระบบ โดยกำหนดการติดตามในวันที่ 1, 3, 5 และ 7 เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดระบบติดตามและประเมินอาการที่ชัดเจน

3. ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติ

3.1 ข้อมูลทั่วไป ตัวอย่างเป็นครูพี่เลี้ยง 10 คน และผู้ปกครอง 70 คน ครูพี่เลี้ยงทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุ 30-50 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีรายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน

สำหรับผู้ปกครอง ผลการวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะที่ใช้ในการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าทั้งสองกลุ่มมีการกระจายของอายุและระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน ($t=0.42$, $p=.675$ และ $\chi^2=2.15$, $p=.342$ ตามลำดับ) โดยค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 35.4 (SD=4.2) และ 35.8 (SD=4.1) ปีตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จบปริญญาตรี ประกอบอาชีพรับราชการ มีรายได้มากกว่า 25,000 บาท/เดือน

ทั้งครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับโรคติดต่อ แต่มีประสบการณ์ดูแลเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

3.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของครูพี่เลี้ยงในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบว่าทั้งในภาพรวมและรายด้านไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยงในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบว่าภายหลังการใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z=2.22$, $p=.026$) โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย = 4.27 (SD=0.78) ส่วนหลังการใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย = 4.77 (SD=0.29) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของครูพี่เลี้ยงในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=10)

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		Z	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้ (ด้าน)						
1. ข้อประเมินความรู้ความเข้าใจของโรค	3.30	1.49	4.30	0.48	1.12	.212
2. ข้อประเมินการดูแลป้องกัน	7.10	1.91	8.40	1.17	1.42	.154
3. ข้อประเมินการควบคุม	5.40	2.55	7.40	1.26	1.37	.171
ภาพรวมด้านความรู้	15.80	5.39	20.10	2.08	1.22	.221
พฤติกรรม (ด้าน)						
หมวดที่ 1 การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค	4.36	0.77	4.80	0.33	1.76	.078
หมวดที่ 2 การควบคุมการระบาดของโรค	4.26	0.78	4.77	0.30	1.55	.121
หมวดที่ 3 การป้องกันการระบาดของโรคซ้ำ	4.23	0.82	4.76	0.29	1.85	.064
ภาพรวมด้านพฤติกรรม	4.27	0.78	4.77	0.29	2.22	.026*

* $p<.05$

3.3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กพบว่าทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($t=-6.76, p<.001$) โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ย = 17.10 (SD=3.85) ส่วนหลังใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย = 20.43 (SD=1.41)

ส่วนผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กพบว่าทั้งในภาพรวมและรายด้านมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ($t=-3.90, p<.001$) โดยก่อนใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย = 4.46 (SD=0.45) ส่วนหลังใช้แนวปฏิบัติมีค่าเฉลี่ย = 4.74 (SD=0.34) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=70)

	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความรู้ (ด้าน)						
1. ข้อประเมินความรู้ความเข้าใจของโรค	3.79	0.98	4.43	0.63	-4.51	<.001*
2. ข้อประเมินการดูแลป้องกัน	7.23	1.86	8.21	1.08	-4.04	<.001*
3. ข้อประเมินการควบคุม	6.07	1.99	7.79	0.90	-6.64	<.001*
ภาพรวมด้านความรู้	17.10	3.85	20.43	1.41	-6.76	<.001*
พฤติกรรม (ด้าน)						
หมวดที่ 1 การเฝ้าระวังเพื่อป้องกัน การติดต่อโรค	4.41	0.57	4.68	0.41	- 3.190	.002*
หมวดที่ 2 การควบคุมการระบาดของโรค	4.43	0.56	4.71	0.45	- 3.243	.002*
หมวดที่ 3 การป้องกันการระบาดของโรคซ้ำ	4.51	0.48	4.78	0.32	- 3.743	<.001*
ภาพรวมด้านพฤติกรรม	4.46	0.45	4.74	0.34	- 3.895	<.001*

*p<.05

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ: ผู้ดูแลเด็กทั้งครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมักขาดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะในประเด็นการคัดกรองอาการ การแยกเด็กป่วย และการทำความสะอาด

สิ่งแวดล้อม¹³ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมักเกิดจากปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยเอื้อด้านระบบและแนวทางปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน¹⁴

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค: แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีหลายด้าน ได้แก่ ทฤษฎีการออกแบบเชิงระบบ^๑ ที่เน้นการพัฒนาแบบองค์รวม ร่วมกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก^๑

ในการกำหนดมาตรการที่เป็นรูปธรรม เช่น ระบบการคัดกรองอาการประจำวัน แนวทางการแยกเด็กป่วย และการสื่อสารกับผู้ปกครอง การจัดทำเอกสารให้ผู้ปกครองลงนามรับทราบ การพัฒนาสื่อความรู้ดิจิทัล และการกำหนดระบบติดตามอาการอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งทำให้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนเหมาะสมกับความต้องการของตัวอย่าง ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ การป้องกันโรคในสถานดูแลเด็ก และการนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการขาดเรียนของเด็ก และลดอัตราการติดเชื้อได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁵⁻¹⁶ นอกจากนี้การใช้มาตรการป้องกันแบบผสมผสาน เช่น การล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย และการแยกผู้ป่วย เป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดการแพร่กระจายของโรค โดยเฉพาะเมื่อมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างครูและผู้ปกครอง ผ่านการอบรมให้ความรู้¹⁷

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติต่อความรู้และพฤติกรรม:

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามอายุและระดับการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับแนวคิดของ Polit และ Beck¹⁸ ที่เสนอว่าการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ส่งผลให้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมีความเที่ยงตรงภายในสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Loyland และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการควบคุมตัวแปรด้านอายุและการศึกษาช่วยลดความแปรปรวนของผลการทดลอง และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า ครูพี่เลี้ยงมีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แม้ว่าคะแนนความรู้จะไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสามารถ

เสริมสร้างความมั่นใจและพัฒนาทักษะการปฏิบัติงาน ในขณะที่ระดับความรู้อาจไม่เปลี่ยนแปลงมากนักเพราะครูพี่เลี้ยงมีประสบการณ์และความรู้พื้นฐานในการดูแลเด็กอยู่แล้ว²⁰ ในขณะที่กลุ่มผู้ปกครอง พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexandrino และคณะ²¹ ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก โดยเฉพาะเมื่อเน้นเนื้อหาด้านมาตรการป้องกัน เช่น การล้างมือ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม และการจัดการเบื้องต้นเมื่อเด็กเริ่มมีอาการ

ดังนั้น การบูรณาการแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นร่วมกับโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการที่ออกแบบเฉพาะสำหรับครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพและลดอัตราการติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษามีข้อจำกัดด้านระยะเวลาดิตตามผลที่สั้น (2 เดือน) และขนาดตัวอย่างครูพี่เลี้ยงที่น้อย ($n=10$) ซึ่ง Rosen และคณะ²² เสนอว่า การประเมินผลระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญในการวัดประสิทธิผลของมาตรการป้องกันโรคในสถานดูแลเด็ก

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

แนวปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจในเด็กสำหรับผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียนในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรที่ขาดทักษะการประเมินโรคและการสื่อสาร ด้านการดำเนินงานที่ขาดระบบติดตามและเฝ้าระวังที่ชัดเจน และด้านทรัพยากรที่มี

ข้อจำกัดในการจัดหาอุปกรณ์และสถานที่ จึงมี
การพัฒนาแนวปฏิบัติขึ้น 2 ส่วนหลัก คือ แนว
ปฏิบัติการป้องกันโรคที่เน้นการกำหนด
มาตรการและการสื่อสารที่ชัดเจน และแนว
ปฏิบัติการควบคุมโรคที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบ
ติดตามและการเพิ่มทักษะบุคลากร และ
ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ พบว่าครูพี่เลี้ยง
มีคะแนนพฤติกรรมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่คะแนนความรู้
ไม่แตกต่าง ในขณะที่ผู้ปกครองมีทั้งคะแนนความรู้
และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p<.001$) ซึ่งสรุปได้ว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
สามารถปรับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค
ของครูพี่เลี้ยง และสามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคของผู้ปกครองได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารศูนย์
พัฒนาเด็กควรจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดหา
อุปกรณ์คัดกรองโรค เวชภัณฑ์ และพัฒนา
สถานที่แยกโรคที่เหมาะสม ขณะที่องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นควรกำหนดมาตรฐานการป้องกัน
ควบคุมโรคพร้อมสนับสนุนงบประมาณ และ
หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดระบบสนับสนุน
ด้านวิชาการและการเฝ้าระวังโรค

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมุ่งเน้นการพัฒนา
รูปแบบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับ
ครูพี่เลี้ยง เนื่องจากพบว่า การพัฒนาความรู้
ยังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ควรศึกษา
ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติในบริบทที่ต่าง
ติดตามผลลัพธ์ ระยะยาวต่ออัตราการเกิดโรค
และการระบาด รวมทั้งพัฒนาระบบติดตามและ
ประเมินผลผ่านแอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ
การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

References

1. World Health Organization. Pneumonia in children. [internet]. 2022 [cited 2024 Feb 20];

Available from: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/pneumonia>.

2. Lertsuphotvanit S, Kloimklinsuk A, Sanaprom J, Tongfak O, Ponsanong N. Guidelines for control and prevention of disease and health hazard for childcare teacher. [internet]. 2023 [cited 2024 Feb 22]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3382220230502042427.pdf>. (in Thai).
3. Zomer TP, Erasmus V, Looman CW, Tjon-A-Tsien A, Van Beeck EF, De Graaf JM, et al. A hand hygiene intervention to reduce infections in child daycare: a randomized controlled trial. *Epidemiol Infect.* 2015;143(12):2494-502. doi: 10.1017/S095026881400329X.
4. Simon AK, Hollander GA, McMichael A. Evolution of the immune system in humans from infancy to old age. *Proc Biol Sci.* 2015; 282(1821):20143085. doi: 10.1098/rspb.2014.3085.
5. Andrup L, Krogfelt KA, Stephansen L, Hansen KS, Graversen BK, Wolkoff P, Madsen AM. Reduction of acute respiratory infections in day-care by non-pharmaceutical interventions: a narrative review. *Frontiers in Public Health.* 2024;12:1332078. doi: 10.3389/fpubh.2024.1332078
6. Early Childhood Development Center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. Statistical data of the Early Childhood Development Center. Nakhon Lampang: Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang; 2024.
7. Pongjaturawit Y, Sarapat P, Chaimongkol N. Experiences of caregivers in prevention of acute respiratory infection in preschool children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health.* 2021;31(3):96-109. (in Thai).

8. Jones P, Kijima R. Systemic design: theory, methods, and practice. Tokyo: Springer Tokyo; 2018.
9. World Health Organization. Infection prevention and control in the context of coronavirus disease (COVID-19): a living guideline. [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 26]; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-ipc-guideline-2023.1>.
10. Weeracharoenkit T. A development of an Evaluation Model of teaching thinking for elementary school teachers. *Journal of Rajanagarindra*. 2015;12(28):161-7. (in Thai).
11. Meehanpong P, Chatdokmaiprai K. Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2018;19(1):9-15. (in Thai).
12. Krippendorff K. Content analysis: an introduction to its methodology fourth edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2018.
13. Pidjadee C, Soh KL, Attharos T, Soh KG. The effect of infection prevention and control programme for childcare workers in daycare centres: A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2024 Nov 1;79:116-25. doi: 10.1016/j.pedn.2024.09.002.
14. Wang M, Fang H. The effect of health education on knowledge and behavior toward respiratory infectious diseases among students in Gansu, China: a quasi-natural experiment. *BMC Public Health*. 2020;20(1):681. doi: 10.1186/s12889-020-08813-3.
15. Fináncz J, Podráczky J, Deutsch K, Soós E, Bánfai-Csonka H, Csima M. Health Education Intervention Programs in Early Childhood Education: A Systematic Review. *Education Sciences*. 2023 Sep 27;13(10):988. doi: 10.3390/educsci13100988
16. Hashikawa AN, Stevens MW, Juhn YJ, Nimmer M, Copeland K, Simpson P, et al. Self-report of child care directors regarding return-to-care. *Pediatrics*. 2012;130(6):1046-52. doi: 10.1542/peds.2012-1184.
17. Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;1(1):CD006207. doi: 10.1002/14651858.CD006207.pub6.
18. Polit D, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice eleventh edition. Netherlands: Wolters Kluwer; 2021.
19. Løyland B, Wilmont SS, Hessels AJ, Larson EL. Staff knowledge, awareness, perceptions, and beliefs about infection prevention in pediatric long-term care facilities. *Nurs Res*. 2016;65(2):132-41. doi: 10.1097/NNR.0000000000000136.
20. Alexandrino AS, Santos R, Melo C, Bastos JM. Impact of caregivers' education regarding respiratory infections on the health status of day-care children: a randomized trial. *Family practice*. 2016 Oct 1;33(5):476-81. doi: 10.1093/fampra/cmww029.
21. Alexandrino AM, Santos RI, Melo MC, Bastos JA. Designing and evaluating a health education session on respiratory infections addressed to caregivers of children under three years of age attending day-care centres in Porto, Portugal: a community-based intervention. *European Journal of General Practice*. 2017;23(1):43-50. doi: 10.1080/13814788.2016.1240777.
22. Ploeg J, Markle-Reid M, Davies B, Higuchi K, Gifford W, Bajnok I, et al. Spreading and sustaining best practices for home care of older adults: a grounded theory study. *Implement Sci*. 2014;9:162. doi: 10.1186/s13012-014-0162-4.

ปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษา แห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

ชุตินา จิรัฐเกรียงไกร* วีนา วิทย์เจียกขจร* มลฤดี เพ็ชรลมูล*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เนื่องจากนักศึกษาต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันจากการเรียนและการฝึกปฏิบัติที่เข้มงวด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการปฏิบัติงานในอนาคตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจและปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงทำนาย ตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 352 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสุขภาพทั่วไป แบบประเมินความรู้สึกเครียด แบบประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย : ตัวอย่างร้อยละ 66.76 มีภาวะกดดันทางจิตใจ การรับรู้ความเครียด ($\beta=.52, p<.001$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-.11, p<.05$) สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 35 ($R^2=.35, F=37.31, p<.001$) ส่วนการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมไม่สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผล : สถาบันการศึกษา และคณาจารย์ผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนามาตรการและกลยุทธ์เพื่อลดความเครียดและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ : ภาวะกดดันทางจิตใจ การรับรู้ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม นักศึกษาพยาบาล

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วีนา วิทย์เจียกขจร, E-mail: weena.v@siu.ac.th

Factors predicting psychological distress among nursing students at an educational institution in Pathum Thani Province, Thailand

Chutima Jirathikrengkrai* Weena Vitayajeakajorn* Monrudee Petlamul*

Abstract

Background: The psychological distress of nursing students is a significant mental health concern. Nursing students face high levels of stress and pressure due to their rigorous academic and clinical practice, which can affect their mental health and future professional performance.

Objectives: To investigate the psychological distress and predictors of psychological distress of nursing students at an educational institution in Pathum Thani province.

Methods: This predictive research study involved 352 nursing students enrolled in a Bachelor of Nursing Science program at an educational institution in Pathum Thani province. Data were collected using the personal information questionnaire, the General Health Questionnaire, the Perceived Stress Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Brief COPE questionnaire in Thai. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

Results: Approximately 66.76% of nursing students experienced psychological distress. Perceived stress ($\beta=.52$, $p<.001$) and perceived social support ($\beta=-.11$, $p<.05$) significantly predicted psychological distress. These factors together explained 35% of the variance in psychological distress of nursing students ($R^2=.35$, $F=37.31$, $p<.001$). Stress management strategies focusing on problem-solving, emotion-focused coping, and maladaptive coping did not significantly predict psychological distress.

Conclusion: Educational institutions and faculty members should develop measures and strategies to reduce stress and enhance social support. This could help alleviate the psychological distress of nursing students and ensure better mental health and academic outcomes.

Keywords: psychological distress, perceived stress, social support, nursing students

*Faculty of Nursing, Shinawatra University

Corresponding Author: Weena Witayajakajorn, E-mail: weena.v@siu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและความกดดันจากการเรียนในระดับสูง¹⁻² ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาในคลินิก การศึกษาเชิงวิชาการ แรงกดดันทางสังคม และชีวิตส่วนตัว²⁻⁴ ในประเทศอิตาลีพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 70³ ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียพบนักศึกษาพยาบาลมีภาวะกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 41.9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียน การสอบ และการฝึกปฏิบัติ⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะกดดันทางจิตใจ ร้อยละ 86.9 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียนและการฝึกปฏิบัติในคลินิกเช่นกัน⁵ จากสถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ อาจส่งผลให้เป็นจุดเริ่มต้นของการเจ็บป่วยทางจิต หากนักศึกษาไม่สามารถรับมือกับภาวะกดดันได้อย่างเหมาะสม⁶ ซึ่งปัญหานี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลในระหว่างการศึกษา แต่ยังอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตในอนาคตด้วย

ภาวะกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) เป็นสภาวะของความทุกข์ทางอารมณ์ที่เป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิตที่สำคัญ ซึ่งลักษณะอาการของความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าไม่เฉพาะเจาะจง แต่อาจสะท้อนถึงจุดเริ่มต้นของความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลได้⁶ ภาวะกดดันทางจิตใจเป็นสภาวะของความทุกข์ทางอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ไม่ใช่แค่เพียงการตอบสนองชั่วคราว แต่เป็นการสะสมของความเครียดที่ไม่สามารถ

จัดการได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่ยาวนานและอาจมีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการกิน พฤติกรรม อารมณ์โกรธ ความเหนื่อยล้า ท้อแท้ และสิ้นหวัง เป็นต้น⁷ นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะกดดันทางจิตใจอาจมีอาการนอนไม่หลับหรือหลับมาก มีอารมณ์หงุดหงิด สูญเสียความตั้งใจและสมาธิ เกิดความเหนื่อยล้าและท้อแท้กับการเรียนและการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งในระยะยาวอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้⁸

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลได้แก่ การรับรู้ความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการจัดการความเครียด⁹⁻¹² การรับรู้ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะกดดันทางจิตใจ⁹ นักศึกษาพยาบาลที่รับรู้ถึงความเครียดในระดับสูงมักมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะกดดันทางจิตใจมากขึ้น ทั้งนี้เพราะนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับภาระหน้าที่ทั้งการเรียนภาคทฤษฎีและการเรียนภาคปฏิบัติที่เข้มข้น รวมถึงการแข่งขันทางวิชาการและแรงกดดันทางสังคมที่สูง ในทางตรงกันข้าม การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะกดดันทางจิตใจ^{5,11} นักศึกษาพยาบาลที่รับรู้ถึงการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนฝูง และบุคคลสำคัญอื่น ๆ ในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันทางจิตใจในระดับต่ำ¹⁰⁻¹¹ การมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่ง ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกมั่นคงและมีที่พึ่งในการรับมือกับความเครียด ความกดดันได้¹⁰

นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดยังเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันทางจิตใจด้วยเช่นกัน¹¹⁻¹² จากการศึกษาพบว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะกดดันทางจิตใจ¹² กล่าวคือ นักศึกษาที่ใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาในการรับมือกับปัญหาระดับสูง มักมีภาวะกดดันทางจิตใจในระดับต่ำ ในขณะที่การจัดการความเครียดแบบหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะกดดันทางจิตใจ⁴ ซึ่งหมายความว่า นักศึกษาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงในการรับมือกับปัญหาระดับสูงมักมีภาวะกดดันทางจิตใจระดับสูงเช่นกัน

การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลมีความสำคัญ แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมจะมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและกลยุทธ์การจัดการความเครียดแล้ว แต่การศึกษาในมุมมองที่เจาะลึกถึงปัจจัยที่มีบทบาทและส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันทางจิตใจโดยตรงจะช่วยให้สามารถระบุกลุ่มนักศึกษาที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ทั้งนี้ภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลเป็นเรื่องจำเป็นที่ต้องเร่งแก้ไขเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นตามมา⁸ การศึกษาเพื่อขยายหลักฐานเชิงประจักษ์ ระบุปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลจะเป็นข้อมูล

สำคัญให้สถาบันการศึกษาพยาบาลพัฒนามาตรการและกลยุทธ์ในการป้องกันและลดภาวะกดดันทางจิตใจในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลได้ตั้งแต่วะเริ่มแรก ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถรับมือกับภาวะกดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลได้อย่างเต็มประสิทธิภาพในอนาคต

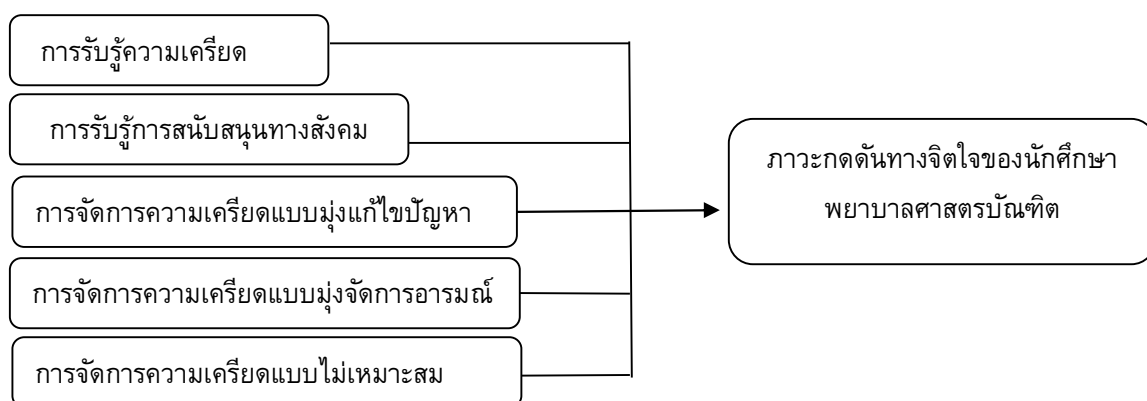
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman¹³ และการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) โดยมีตัวแปรต้น คือ การรับรู้ความเครียด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม และตัวแปรตาม คือ ภาวะกดดันทางจิตใจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ผลการศึกษา จำนวนพี่น้องในครอบครัว สถานภาพสมรสของพ่อแม่ รายได้ในแต่ละเดือน ความพึงพอใจของรายได้ในแต่ละเดือน และประวัติการเจ็บป่วย รวมข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาพทั่วไป (Thai General Health Questionnaires-28) พัฒนาโดย Goldberg¹⁴ ใช้วัดภาวะกดดันทางจิตใจ โดยคัดกรองสภาวะทางจิตที่สำคัญ 2 ประการ 1) การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติสุขตามที่ควรจะเป็น 2) การมีปัญหาทำให้เกิดความทุกข์ใจ ได้รับการแปลแบบย้อนกลับ (Back-translation) เป็นภาษาไทย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ¹⁵ มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คิดคะแนนแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-84 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10) พัฒนาโดย Cohen, Kamarck and Mermelstein¹⁶ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ได้รับการแปลแบบย้อนกลับ (Back-translation) เป็นภาษาไทย โดย ณพทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์¹⁷ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เคย ถึง 4 หมายถึง บ่อยมาก คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-40 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) พัฒนาโดย Zimet et al.¹⁸ ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ได้รับการแปลแบบย้อนกลับ (Back-translation) เป็นภาษาไทย โดย พิทักษ์พล บุญยมาลิก¹⁹ มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยที่สุด คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12-84 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (the Brief COPE inventory) พัฒนาโดย Carver²⁰ ใช้วัดกลยุทธ์ในการจัดการความเครียด 3 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) การจัดการ

ความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ (Emotion-focused coping) และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม (Dysfunctional coping)²¹ ได้รับการแปลแบบย้อนกลับ (Back-translation) เป็นภาษาไทย โดย ธนันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ตันตระกูลโรจน์²² มีข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ฉันไม่ได้ทำเช่นนั้นเลย ถึง 4 หมายถึง ฉันได้ทำเช่นนั้นอย่างมาก คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 28-112 คะแนน ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79

ตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2566 สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งสิ้น 440 คน

ตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดตามสถิติ Multiple regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า $r = -.19$ ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล⁵ ได้ค่าขนาดของอิทธิพลเท่ากับ .04 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 327 คน เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึง

ได้เพิ่มขนาดของตัวอย่างร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้จำนวนตัวอย่าง 360 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและดำเนินการคัดเลือกเฉพาะตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) นักศึกษาที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 2) นักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาทางการพยาบาล และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก คือ 1) นักศึกษาที่มีรายงานประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว เป็นต้น และจากการเก็บข้อมูลจริงผู้วิจัยได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 352 คน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล เลขที่ IRB 24/06 ลงวันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2567 เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจและได้รับการลงนามยินยอมจากตัวอย่าง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ติดต่อประสานงานอาจารย์ประจำชั้นที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และวางแผนการเข้าพบตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย พร้อมทั้งเชิญชวนตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจง และหนังสือ

ขออนุญาตในการเข้าร่วมการวิจัยให้ตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง (Self-report) โดยใช้เวลาไม่เกิน 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรในการศึกษารั้งนี้ โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression) โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า
1) ข้อมูลอยู่ในมาตราวัด Interval scale ขึ้นไป
2) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 3) ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
4) ตรวจสอบตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง 5) ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 6) ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ และ 6) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 352 คน อายุอยู่ในช่วง 18-31 ปี อายุเฉลี่ย 21.39 ปี

(SD=2.36) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.90 เพศชาย ร้อยละ 7.10 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.60 ผลการเรียนรวมเฉลี่ยที่ผ่านมา (GPA) อยู่ที่ระดับ 2.82 (SD=0.44) ส่วนใหญ่มีพี่น้องน้อง 1 คน ร้อยละ 46.90 และสถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่สมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 66.70 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,314 บาท (SD=6911.18) ร้อยละ 60.80 มีรายได้มาจากครอบครัวและเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และร้อยละ 72.20 มีความพึงพอใจกับรายได้ต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

ภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีภาวะกดดันทางจิตใจ จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 66.76 ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 33.24 เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาการพบว่าตัวอย่างมีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ สูงที่สุด ($\bar{X}$ =10.05, SD=2.93) รองลงมาเป็นอาการความคิดว่ามีโรคทางกาย ($\bar{X}$ =9.41, SD=2.30) และเป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง มีคะแนนต่ำสุด ($\bar{X}$ =3.82, SD=3.93)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสถิติที่ระดับ .05 โดยที่การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันทางจิตใจสูงสุด (r =.57, p <.01) รองลงมาคือการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (r =-.30, p <.01) ทั้งนี้ พบว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันทางจิตใจต่ำที่สุด (r =-.10, r =.10, p <.05) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N=352)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1) การรับรู้ความเครียด	1					
2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-.35**	1				
3) การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	-.16**	.40**	1			
4) การจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์	-.23**	.40**	.78**	1		
5) การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม	.12*	.05	.42**	.48**	1	
6) ภาวะกดดันทางจิตใจ	.57**	-.30**	-.10*	-.16**	.10*	1

*p<.05, **p<.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การรับรู้ความเครียด ($\beta=.52$, $p<.001$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-.11$, $p<.05$) สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้พบว่าการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การจัดการ

ความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ และการจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสมไม่สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.10$, $\beta=.09$, $\beta=-.09$, $p>.05$) ตามลำดับ โดยตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 35 ($R^2=.35$, $F=37.31$, $p<.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรที่ใช้ในการพยากรณ์ภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล (N=352)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value
การรับรู้ความเครียด	1.12	.10	.52	-10.15**	<.001
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-.08	.04	-.11	5.16*	.02
การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	-.12	.19	.10	3.11	.52
การจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์	-.11	.13	.09	2.64	.39
การจัดการความเครียดแบบไม่เหมาะสม	-.09	.08	-.09	-3.05	.23

R=.59, $R^2=.35$, $SE_{est}=7.51$, $F=37.31$, *p-value<.05, **p-value<.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 66.76 มีภาวะกดดันทางจิตใจ ขณะที่ร้อยละ 33.24 เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ อาจเป็นไปได้ว่า

ความเครียดและความกดดันจากภาระงานและการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความท้าทายในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมการทำงานในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยในสภาวะต่าง ๆ

และการรับมือกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการฝึกปฏิบัติทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดภาวะกดดันทางจิตใจได้¹⁻⁴ ทั้งนี้พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งทำให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนามาตรการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วน อย่างไรก็ตามยังมีนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีภาวะกดดันทางจิตใจอาจเป็นไปได้ว่ามีปัจจัยด้านบวกที่ช่วยลดภาวะกดดันทางจิตใจ เช่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการมีกลยุทธ์ในการจัดการความเครียดที่ดี^{5,11-12}

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลพบว่า การรับรู้ความเครียดสามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลได้ ($\beta=.52, p<.001$) แสดงให้เห็นว่าตัวอย่างที่รับรู้ถึงความเครียดในระดับสูง มักประสบกับภาวะกดดันทางจิตใจมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความเครียดมีผลกระทบต่อภาวะกดดันทางจิตใจของนักศึกษาในระดับสูง³⁻⁴ และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยนี้ตามกรอบแนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman¹³ พบว่าความเครียดเกิดจากการประเมินปฐมภูมิ ซึ่งประเมินสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง นักศึกษาที่รับรู้ความเครียดสูงอาจมองสถานการณ์การเรียนภาคทฤษฎีและการภาคปฏิบัติเป็นภัยคุกคามที่สำคัญ ต้องเผชิญกับภาระงานที่หนักหน่วงทั้งในด้านการศึกษาเชิงวิชาการและการฝึกปฏิบัติในคลินิก ทำให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะกดดันทางจิตใจได้¹⁻⁴

นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจ

ในนักศึกษาพยาบาลได้เช่นกัน ($\beta=-.11, p<.05$) ซึ่งกล่าวได้ว่า นักศึกษาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ๆ ในระดับสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันทางจิตใจน้อยลง สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman¹³ ได้ว่า เมื่อบุคคลกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภัยคุกคาม บุคคลจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิที่ประเมินทรัพยากรและกลยุทธ์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์คุกคามนั้นๆ การได้รับสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีทรัพยากรที่เพียงพอในการรับมือกับสถานการณ์ความเครียด ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง จึงมีแนวโน้มที่จะประเมินสถานการณ์เป็นภัยคุกคามน้อยลง และสามารถใช้ทรัพยากรทางสังคมที่ตนเองมีอยู่ในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นสามารถลดภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาลได้^{5,12-13}

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาการจัดการทางอารมณ์ และการจัดการแบบไม่เหมาะสม ไม่สามารถทำนายภาวะกดดันทางจิตใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta=.10, \beta=.09, \beta=-.09, p>.05$) อาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาพยาบาลยังไม่สามารถนำกลยุทธ์ในการจัดการความเครียดไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาทักษะและกลยุทธ์การจัดการความเครียดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในนักศึกษาพยาบาล

เนื่องจากการจัดการความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญ
ที่ช่วยลดภาวะกดดันทางจิตใจได้^{3,12}

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้
ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคม
มีบทบาทสำคัญต่อภาวะกดดันทางจิตใจ
ในนักศึกษาพยาบาล การพัฒนามาตรการ
ลดความเครียด เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม
สามารถช่วยลดภาวะกดดันทางจิตใจ
ในนักศึกษาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษา คณาจารย์ หรือบุคคล
ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนา
มาตรการ และกลยุทธ์ในการป้องกันและลด
ภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล เช่น
กิจกรรมส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการ
สนับสนุนทางสังคมให้กับนักศึกษาพยาบาล
เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และการจัดกิจกรรม
เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและ
อาจารย์ หรือส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยลด
ความเครียด ในนักศึกษาพยาบาล การทำ
กิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ เพื่อช่วยให้นักศึกษา
ได้ผ่อนคลายและลดระดับความเครียดใน
ชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ
ที่อาจมีผลต่อภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษา
พยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถ
วางแผนพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต
ลดภาวะกดดันทางจิตใจในนักศึกษาได้อย่าง
มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

References

1. McCarthy B, Trace A, O'Donovan M, Brady-Nevin C, Murphy M, O'Shea M, et al. Nursing and midwifery students' stress and coping during their undergraduate education programmes: an integrative review. *Nurse Educ Today*. 2018;61:197-209. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.029.
2. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Gloe D, Thomas L, Papathanasiou IV, Tsaras K. A literature review on stress and coping strategies in nursing students. *J Ment Health*. 2017;26(5):471-80. doi: 10.1080/09638237.2016.1244721.
3. Salvarani V, Ardenghi S, Rampoldi G, Bani M, Cannata P, Ausili D, et al. Predictors of psychological distress amongst nursing students: a multicenter cross-sectional study. *Nurse Educ Pract*. 2020;44:102758. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102758.
4. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mannix-McNamara P. Psychological distress and coping amongst higher education students: a mixed method enquiry. *PLoS One*. 2014;9(12):e115193. doi: 10.1371/journal.pone.0115193.
5. Srisoem C, Chitrak W, Jaimun B, Chuakan P. Factors related to psychological distress among nursing students during the coronavirus 2019 disease outbreak. *Journal of Health and Nursing Education*. 2021;27(1):75-90. (in Thai).
6. Cuijpers P, Beekman ATF, Reynolds CF 3rd. Preventing depression: a global priority.

- JAMA. 2012;307(10):1033-4. doi: 10.1001/jama.2012.271.
7. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prévost D. Epidemiology of psychological distress. In: L'Abate L, editor. Mental illnesses - understanding, prediction and control. Rijeka: InTech; 2012.
8. Sonmez Y, Akdemir M, Meydanlioglu A, Aktekin MR. Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: a longitudinal study. Healthcare (Basel). 2023;11(5):636. doi: 10.3390/healthcare11050636.
9. Shnaider N, Warshawski S. The role of perceived stress and social support in nursing students' satisfaction with their initial clinical placement: A cross-sectional study. Nurse Educ Pract. 2024;78:104005. doi: 10.1016/j.nepr.2024.104005
10. Xu T, Zhu P, Ji Q, Wang W, Qian M, Shi G. Psychological distress and academic self-efficacy of nursing undergraduates under the normalization of COVID-19: multiple mediating roles of social support and mindfulness. BMC Med Educ. 2023;23(1) : 348. doi: 10.1186/s12909-023-04288-z.
11. Sharma A, Kumar R. Psychological distress and coping styles among baccalaureate nursing students: promoting mental health of future nurses in COVID-19 pandemic. J Educ Health Promot. 2022;11:331. doi: 10.4103/jehp.jehp_1140_21.
12. Rathakrishnan B, Bikar Singh SS, Yahaya A. Perceived social support, coping strategies and psychological distress among university students during the COVID-19 pandemic: an exploration study for social sustainability in Sabah, Malaysia. Sustainability. 2022; 14(6):3250. doi: 10.3390/su14063250.
13. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
14. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London: Oxford University Press; 1972.
15. Nichaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the general health questionnaire. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1):2-17. (in Thai).
16. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.
17. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. Biopsychosoc Med. 2010;4:6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6.
18. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale

- of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
19. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [Dissertation]. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2005.
 20. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1): 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
 21. Masha'al D, Shahrour G, Aldalaykeh M. Anxiety and coping strategies among nursing students returning to university during the COVID-19 pandemic. *Heliyon.* 2022;8(1):e08734. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e08734.
 22. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand.* 2018;63(2):189-98. (in Thai).
 23. Samson P. Effect of perceived social support on stress, anxiety and depression among Nepalese nursing students. *Indian Journal of Continuing Nursing Education.* 2020;21(1):59-63. doi: 10.4103/IJCN.IJCN_8_20.

การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี

อรรถัย ศิลป์ประกอบ* ปุณณภา ศรีสมบุญ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีคุณภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีความสำคัญ ลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตฯ ศึกษาปัญหาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม นำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกฯ 2) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เก็บข้อมูลจากบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ 30 คน ศึกษาสำรวจกับทารกแรกเกิดกลุ่มที่ 1 จำนวน 69 ราย และศึกษาหลังจากพัฒนารอบที่ 2 จำนวน 50 ราย โดยใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหสาขาฯ แบบบันทึกผลลัพธ์ของทารกวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตฯ ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย ขยายจำนวนเตียง การให้ความรู้ การสอนงาน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การกำกับติดตาม การประเมินผล การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า ทีมสหสาขาฯ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.70$) และผลลัพธ์ตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดขณะส่งต่อดีขึ้นทุกด้าน

สรุปผล : รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดฯ ตามแนวคิดการทำงานเป็นเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นช่วยการดูแลที่ครอบคลุม และการทำงานมีการเชื่อมต่อที่มีศักยภาพ สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของทารกและเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากร

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ทีมสหสาขาวิชาชีพ

* โรงพยาบาลปทุมธานี

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ผู้พิมพ์ประสานงาน : ปุณณภา ศรีสมบุญ, E-mail: punnapakob@gmail.com

Development of Neonatal Critical Care Model by the multidisciplinary healthcare team in network hospitals in Pathumthani province

Orathai Sinlprakob* Punnapa Srisomboon**

Abstract

Background: Developing a high-quality care model led by a multidisciplinary healthcare team is crucial in reducing complications and mortality rates in critically ill newborns.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of the Neonatal Critical Care Model.

Methods: This research and development study included 2 steps 1) investigate the current situation and develop the model using in-depth interviews and focus group discussions. The data was used to develop the newborn care model. 2) Evaluate the effectiveness of the model by collecting data from 30 multidisciplinary healthcare professionals. A pilot study was conducted with the first group of 69 newborns, followed by a second-phase with 50 newborns. Data collection tools included questionnaires on the satisfaction of the multidisciplinary team and outcome records of the newborn. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The neonatal critical care model developed included network building, bed expansion, knowledge dissemination, mentoring, change leadership, monitoring, evaluation, feedback, and continuous development. The multidisciplinary healthcare team had high satisfaction ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.70$). Outcomes for referred newborns improved in all sector domains, including better blood glucose levels, temperature regulation, respiration, blood pressure, laboratory analysis, and family support.

Conclusions: The neonatal critical care model developed is comprehensive and effective based on networking concepts, facilitates comprehensive care, and effective among networks of healthcare providers. This approach reduced infant mortality rates and increased staff satisfaction.

Keywords: neonatal critical care model, critically ill newborns, multidisciplinary healthcare team

* Pathum Thani Hospital

** Boromarajonani College of Nursing, Changwatnonthaburi

Corresponding Author: Punnapa Srisomboon, E-mail: punnapakob@gmail.com

บทนำ

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตเป็นทารกที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง เสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิต¹ จำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Neonatal intensive care unit: NICU) โดยใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ² องค์การอนามัยโลกรายงานการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั่วโลกประมาณ 19 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ขณะที่ประเทศไทยมีอัตรา 6.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน การศึกษาในต่างประเทศพบว่าสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ การเกิดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนแรกเกิด และการติดเชื้อในกระแสเลือด³ สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร ประกอบกับมาตรฐานโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพบริการและส่งเสริมระบบส่งต่อ⁴ โดยมีเป้าหมายทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัยและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยหรือลดการเสียชีวิต⁵

แต่อย่างไรก็ตาม มาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตในเครือข่ายรพ.ในจังหวัดปทุมธานี ที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน⁶ ทำให้มีอัตราเสียชีวิตของทารกที่สูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560–2564 พบว่า อัตราเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอยู่ระหว่างร้อยละ 4.79-6.03 สาเหตุเนื่องจากการดูแลไม่เหมาะสม ไม่ทันเวลา

ภายหลังทารกคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกมีภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงขณะคลอด ทำให้ทารกมีความพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้ยังพบปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในทารกคลอดก่อนกำหนด เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำ ระดับน้ำตาลต่ำ การกลับเข้าอนักรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน เป็นต้น และปัญหาในการส่งต่อทารกจาก รพ.เครือข่าย ที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษา ค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว โรงพยาบาลปทุมธานีเคยมีการศึกษาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตแบบมีส่วนร่วมเมื่อปี 2558 พบแนวโน้มการดูแลดีขึ้น⁷ และลดอัตราการเสียชีวิตของทารกได้⁸⁻⁹ เนื่องจากการดูแลรักษามีคุณภาพ มาตรฐาน มีการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ แต่อย่างไรก็ตาม เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน และลดความแออัดและเกิดจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม จึงควรปรับปรุงการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการวางแผนและปฏิบัติอย่างจริงจัง และได้องค์ความรู้ใหม่จากการปฏิบัติ และแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และเพื่อให้ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัยและได้รับการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต และนำมาเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงนำไปสู่การพัฒนาแบบแผนการดูแลโดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพในรพ.เครือข่ายจังหวัดปทุมธานี อันจะนำไปสู่การให้บริการทารกแรกเกิดวิกฤตที่มีคุณภาพมาตรฐาน ลดอัตราตาย ลดความแออัด และจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

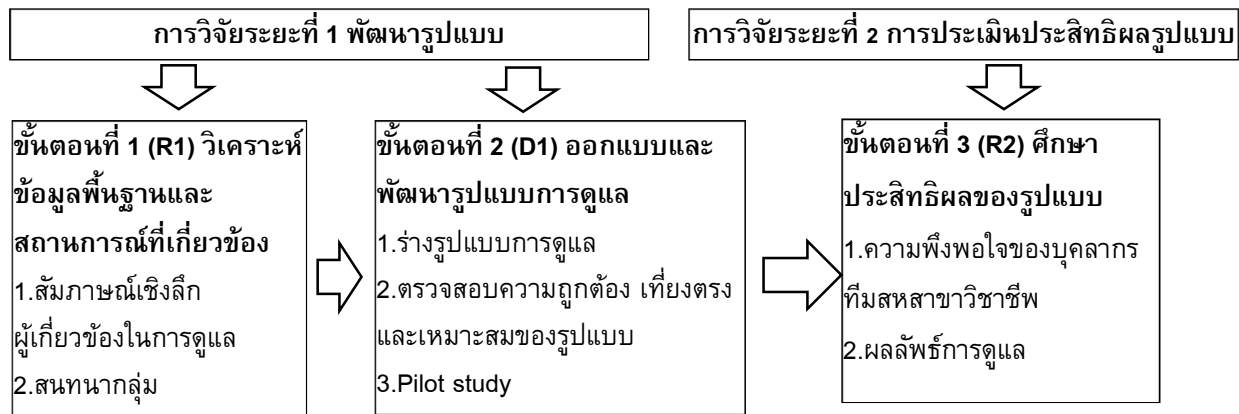
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี
- 2) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสห

สาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development research) มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัย (Research: R1) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยผู้วิจัยดำเนินการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบ

1. ศึกษาปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของรพ.เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี โดยดำเนินการดังนี้

1.1 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัด

ปทุมธานี ได้แก่ แพทย์หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าและพยาบาลในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ท่าน หัวหน้าและพยาบาลในห้องคลอด 2 ท่าน แพทย์หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 ท่าน เภสัชกร 3 ท่าน นักเทคนิคการแพทย์ 3 ท่าน นำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์

1.2 ประชุมสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.เครือข่ายจังหวัดปทุมธานี เพื่อระดมสมอง และกำหนดประเด็นปัญหาาร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนา (Development: D1) ออกแบบและพัฒนารูปแบบฯ โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาจัดทำได้ร่างรูปแบบกิจกรรมการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานีจากข้อมูลเชิง

คุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ หลังจากนั้น
ดำเนินการประชุมสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ กุมารแพทย์จากโรงพยาบาล
ชุมชน 3 แห่ง ๑ ละ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ๑ ละ 1 ท่าน หัวหน้า/
พยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
พยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง
เพื่อร่วมกันกำหนดและเลือกรูปแบบการดูแล
ที่เหมาะสมในการพัฒนา และนำรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่ม
ผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดปทุมธานี แบบตรวจสอบ
ความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎีและความเป็นไปได้ของ
ร่างต้นแบบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์สาขา
ทารกแรกเกิด 1 ท่าน กุมารแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์
พยาบาลเด็ก 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความ
เที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้ววิเคราะห์
ค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง
(IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม
และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้ขออนุมัติจาก
คณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ปทุมธานี เลขที่ Reg 2 PPHO-REC65011 ลงวันที่
27 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยอธิบาย
ข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด และ
ตัวอย่างต้องเซ็นยินยอมก่อนทำการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนา
กลุ่ม ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบฯ ในขั้นตอนต่อไป

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมิน
ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่
มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.
เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัย (Research: R2)

เป็นการนำกระบวนการเรียนรู้ไปใช้จริงดำเนินการ
โดยนำรูปแบบฯ ที่ผ่านการพัฒนาจากระยะที่ 2 ไป
ใช้ในสภาพจริง และประเมินผลลัพธ์การดูแลจาก
การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแล
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตซึ่งได้รับการส่งต่อ
จาก รพ.ชุมชนในเครือข่าย ระหว่างเดือน
กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและตัวอย่าง

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ
การดูแลทารกแรกเกิดในเครือข่ายโรงพยาบาล
ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 30 ราย
ประกอบด้วย แพทย์หัวหน้าแผนกกุมารเวช
กรรม 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าและ
พยาบาลในหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด 2
ท่าน หัวหน้าและพยาบาลในห้องคลอด 2 ท่าน
แพทย์หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาล
ห้องฉุกเฉิน 1 ท่าน เภสัชกร 3 ท่าน นักเทคนิค
การแพทย์ 3 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ทาง
การแพทย์ 1 ท่าน กุมารแพทย์จากโรงพยาบาล
ชุมชน 3 แห่ง ๑ ละ 1 ท่าน หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ๑ ละ 1 ท่าน หัวหน้า/
พยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
พยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง
โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง คัดเลือกตัวอย่าง
แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มี
คุณสมบัติตามที่กำหนด คือ เป็นทีมสหสาขา
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกแรกเกิดที่มี

ภาวะวิกฤตจาก รพ.เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี ที่ปฏิบัติงานระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

2. ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตฯ เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ใช้รูปแบบครั้งที่ 1 จำนวน 69 ราย และกลุ่มที่ใช้รูปแบบครั้งที่ 2 จำนวน 50 ราย การคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่ส่งต่อในระบบ รพ.เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินความพึงพอใจของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นมาตราส่วนประมาณค่าความพึงพอใจ (Rating Scale) 5 ระดับ และแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ดังนี้ 4.21-5.00 = มากที่สุด 3.41-4.20 = มาก 2.61-3.40 = ปานกลาง 1.81-2.60 = น้อย และ 1.00-1.80 = น้อยที่สุด

2. แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นแบบบันทึกจำนวนครั้งของอาการที่เกิดขึ้นและการปฏิบัติงานจากการได้ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้ 1. แบบประเมินการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตามหลัก STABLE Program¹¹ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1.1) ระดับน้ำตาลในเลือด 1.2) อุณหภูมิ 1.3) การหายใจ 1.4) ความดันโลหิต 1.5) การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ และ 1.6) การสนับสนุนครอบครัว 2. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างส่งต่อ 3. แบบบันทึกการเข้าถึงบริการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤต

(ระยะทางและเวลาเดินทาง) 4. แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ 5. แบบบันทึกอัตราการเสียชีวิตของทารกที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน และ 6. แบบบันทึกจำนวนการส่งตัวไปรักษาต่อ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC = 0.83 และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึง 10 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.89

ผลการวิจัย

1. ผลพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี มีดังนี้

1.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี จากการสัมภาษณ์ พบว่า มี 7 ประเด็น ได้แก่ 1) บุคลากรยังมีสมรรถนะและจำนวนไม่เพียงพอต่อการดูแลทารกวิกฤต 2) ระบบส่งต่อไม่มีประสิทธิภาพและการให้คำปรึกษาล่าช้า 3) ปัญหาการเข้าถึงยาสำหรับทารก 4) การส่งผลทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ตามมาตรฐาน 5) มาตรฐานการดูแลไม่ทันสมัยและไม่ครอบคลุม 6) เครื่องมือ อุปกรณ์ ไม่เพียงพอ และ 7) จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยมีจำกัด และนำมาสู่การสนทนากลุ่มโดยตัวแทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ได้เป้าหมายร่วมกันคือ ลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของทารกที่ได้รับการส่งต่อ มีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในการดูแลทั้งโรงพยาบาลปทุมธานี ได้แก่ ศูนย์
รับส่งต่อ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด หน่วยงานหลัง
คลอด หน่วยงานดูแล ทารกความเสี่ยงสูงหลัง
จำหน่าย หน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด
หน่วยงานทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาล

ชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน จึงได้ร่างรูปแบบ
กิจกรรมการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต
โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รพ.เครือข่ายในจังหวัด
ปทุมธานีจากข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 2
วงรอบ ดังตารางที่ 1

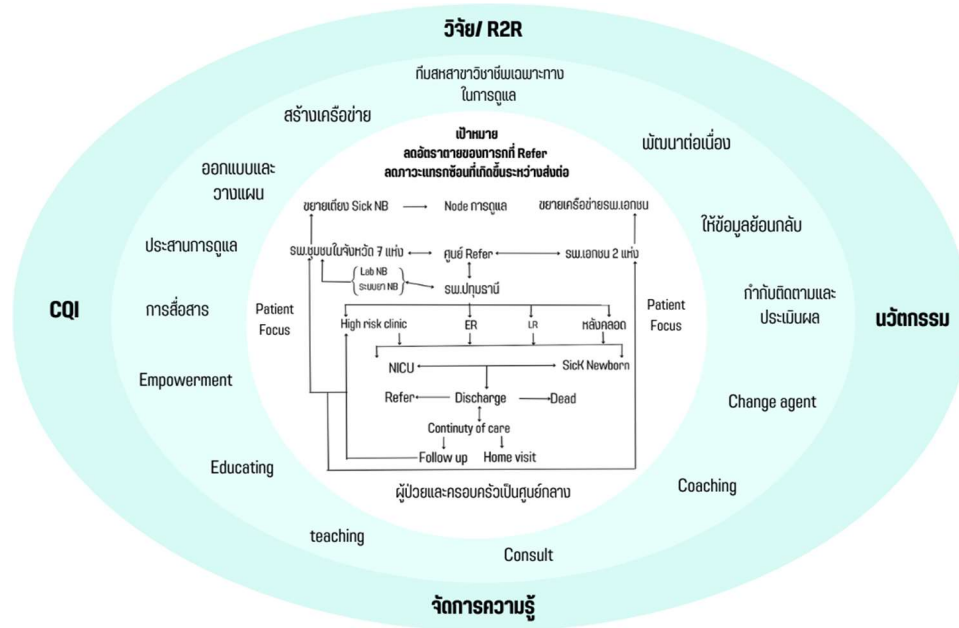
ตารางที่ 1 ร่างรูปแบบกิจกรรมในวงรอบที่ 1 และ วงรอบที่ 2

รูปแบบกิจกรรม	ผลลัพธ์วงรอบที่1	ผลลัพธ์วงรอบที่2
1.พัฒนาบุคลากร โดยส่งพยาบาล และแพทย์เรียน เฉพาะทางทารก แรกเกิด	1.มีพยาบาลจบเฉพาะทางเวชปฏิบัติทารกแรกเกิด รวม 21 คน 2.มีกุมารแพทย์ 16 คน อยู่โรงพยาบาลชุมชน 3 คน (โรงพยาบาลธัญบุรี 2 คน โรงพยาบาลคลอง หลวง 1 คนภายหลังลาออก และโรงพยาบาล ประชาธิปัตย์ 1 คน) 3.จัดกิจกรรม “แม่และเด็กสัญจร 2 ครั้งที่ โรงพยาบาลปทุมธานีและโรงพยาบาลธัญบุรี” 4.จัดกิจกรรม “ทารกแรกเกิดสัญจร” จัด 2 ครั้งที่ โรงพยาบาลหนองเสือและโรงพยาบาลลำลูกกา	1.ส่งแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนเรียนเฉพาะทาง กุมารแพทย์ และส่งแพทย์ Intern ผูกงานที่ NICU โรงพยาบาลปทุมธานี 1 เดือน โรงพยาบาลชุมชนมีกุมารแพทย์ 5 คน (โรงพยาบาลธัญบุรี 3 คน โรงพยาบาลคลองหลวง 1 คน และ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ 1 คน) 2.ส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมเฉพาะทางเวช ปฏิบัติทารกแรกเกิด 1 คน
2.จัดกิจกรรม “แม่ และเด็กสัญจร” 3.กิจกรรม “ทารก แรกเกิดสัญจร” พี่ สอนน้อง		1.จัดกิจกรรมแม่และเด็กสัญจรได้ครบทุก อำเภอ และโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นวิทยากร ตามที่ได้รับเชิญจากโรงพยาบาลชุมชน 5 โรงพยาบาล
4.กำหนดเกณฑ์ และช่องทางการส่ง ต่อ	ทุกโรงพยาบาลปฏิบัติตามแนวทาง refer fast track พบ Case refer มารดาจากโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ และทารกเสียชีวิต 1 ราย และพบมีทารกเสียชีวิต จากการติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย	4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วย RCA ทบทวน dead case ที่โรงพยาบาลปทุมธานี และจัดทำแนว ปฏิบัติการกรณีการ Refer case มารดาที่มีความ เสี่ยง
5.จัดทำแนวทาง การให้คำปรึกษา	มีช่องทางการให้คำปรึกษา 24 ชม. มีสายตรงถึง แพทย์ ห้องฉุกเฉิน ศูนย์ส่งต่อและมีกลุ่มไลน์ทารก แรกเกิดระดับจังหวัด	
6.พัฒนาระบบ บริหารยาและระบบ ห้องปฏิบัติการ	1.มีการบริหารระบบยาฉุกเฉิน และสารลดแรงตึง ผิว (Surfactant) อยู่ในบัญชียาหลัก โดยสำรองไว้ที่ หน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด ทารกเข้าถึงสารลด แรงตึงผิว (Surfactant) ได้ทันทีเมื่อจำเป็นต้องใช้ 2.มีการรายงานผลตัวบ่งชี้ที่มีค่าวิกฤตทาง ห้องปฏิบัติการร้อยละ 100	1.มีระบบให้ยืมยา และเวชภัณฑ์ของทารก แรกเกิดในจังหวัด 2. โรงพยาบาลชุมชน ขอเบิกเลือดไปใช้และมี แนวทางการให้เลือดในทารกกรณีมารดา/ ทารก ต้องให้เลือดตัวบ่งชี้ 3.โรงพยาบาลชุมชน สามารถตรวจผลทาง ห้องปฏิบัติการได้เอง และติดตามผลผ่าน กลุ่มไลน์ทารกแรกเกิดของจังหวัด
7.พัฒนานวัตกรรม และแนวทางการ ดูแล	1.มีนวัตกรรมการดูแล 4 เรื่อง ได้แก่ การสื่อสารใน รถส่งต่อ โปรแกรมคำนวณสารน้ำ ทารก โปรแกรม คำนวณขนาดยาและรยาทุกตัว	4.เตรียมพร้อมเปิดบริการ รักษาด้วยเครื่อง ลดอุณหภูมิร่างกายของทารก (Cooling) โดย

รูปแบบกิจกรรม	ผลลัพธ์วงรอบที่1	ผลลัพธ์วงรอบที่2
	2.มี CPG/แนวทางการดูแล 6 เรื่อง ได้แก่ 1.การดูแลทารกคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล 2.การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาที่มีการติดเชื้อ ซิฟิลิส 3.การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อโควิด-19 4.การดูแลทารกที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 5.การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาใช้สารเสพติด 6.การดูแลทารกที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ	1.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เครื่องลดอุณหภูมิกายของทารก โดยทีมวิทยากรจากโรงพยาบาลรามารับตีวันที่ 10 สิงหาคม 2566 1.2 รักษาทารกแรกแรก โดยใช้เครื่องลดอุณหภูมิกายของทารก เป็นผลสำเร็จ และทารกปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เดือนกันยายน 2566 ได้
8. สอน การใช้ เครื่องมือ และ อุปกรณ์	1.ดำเนินการผ่านกิจกรรม “แม่และเด็กสัญจร” และ “ทารกแรกเกิดสัญจร” พี่สอนน้อง ทุกโรงพยาบาล รวมถึงอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล 2.มีมาตรฐานการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการดูแลทารกวิกฤตผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์	
9. ขยาย เต็ม ยง รongรับทารกแรก เกิดวิกฤต	1.มีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์รังสิตและสุขุมวิท 2.โรงพยาบาลธัญบุรี (ระดับ 60 เต็มยง) มีกุมารแพทย์ 3 คน ฎกวางแผนให้เป็นโรงพยาบาล ศักยภาพสูง ที่ดูแลทารกแรกเกิดที่ไม่มีภาวะวิกฤต 3.ขยายเตมยงในหน่วยงานทารกแรกเกิด จาก 8 เต็มยง เป็น 12 เต็มยง	

1.2 การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดฯ ประกอบด้วย สร้างเครือข่าย ขยายจำนวน เต็มยง กำหนดเกณฑ์โรงพยาบาลชุมชนที่มี ศักยภาพสูงพอในการรับดูแลทารกที่ไม่มี ภาวะวิกฤต ออกแบบและวางแผนการดูแล ประสานการดูแล การสื่อสาร การเสริมพลัง

การให้ความรู้/การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้เกิดความเปลี่ยนแปลงการทำงานร่วมกัน กำกับติดตามและประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับและพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อ นำไปพัฒนา CQI, นวัตกรรม วิจัย /R2R ต่อไป ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาล
เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี

2. การประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแล
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี ดังนี้

2.1 ความพึงพอใจของทีมสหสาขา
วิชาชีพของ รพ. เครือข่ายในจังหวัดปทุมธานีมี
โดยรวมต่อรูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มี
ภาวะวิกฤตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.70$)

2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของทารกที่ได้รับ
การดูแลจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6
ประเด็น ดังนี้

2.2.1 การประเมินการดูแลตาม
หลัก STABLE Program ตามมาตรฐานการ
ดูแลทารกแรกเกิดขณะส่งต่อ พบผลลัพธ์การ
ดูแลลดลงในทุกด้านดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การประเมินการดูแลตามหลัก STABLE Program หลังจากใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น รอบที่ 1
(n=69) และรอบที่ 2 (n=50)

ผลลัพธ์การประเมินการดูแลตามหลัก STABLE Program	ผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น			
	รอบที่ 1 (n=69)		รอบที่ 2 (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ	40	58.00	22	44.00
2. ได้รับการช่วยเหลือเมื่อพบอุณหภูมิร่างกายผิดปกติทันเวลา	64	92.80	49	98.00
3. ได้รับการช่วยเหลืออาการหายใจผิดปกติทันเวลา	67	97.10	50	100.00
4. มีความจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ	16	23.20	8	16.00
5. มีความดันโลหิตผิดปกติ	36	52.20	22	44.00
6. ต้องได้รับการวิเคราะห์ Lab เพิ่ม	54	78.30	21	42.00
7. ได้รับการ Support จากครอบครัว	69	100.00	50	100

2.2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ระหว่างส่งต่อก่อนพัฒนาพบ 4 ราย จากทั้งหมด 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.79 หลังพัฒนาพบ 0 ราย จากทั้งหมด 50 ราย

2.2.3 การเข้าถึงบริการดูแลทารก

แรกเกิดวิกฤตจาก ร.พ.ชุมชนถึงหน่วยงาน NICU จากเปลี่ยนรูปแบบการให้ดูแลทารก จนกว่าอาการจะคงที่ก่อนจึงจะส่งต่อการรักษาได้ทำให้นับเวลารวมได้นานขึ้น ก่อนพัฒนาใช้เวลาเดินทางเฉลี่ย 90.35 นาที วงรอบที่ 2 หลังพัฒนาใช้เวลาเดินทางเฉลี่ย 188.98 นาที

2.2.4 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล

เฉลี่ย วงรอบที่ 1 เฉลี่ย 18.71 วัน วงรอบที่ 2 เฉลี่ย 21.32 วัน จะเห็นว่า วงรอบที่ 2 มีจำนวนวันนอนมากขึ้น เนื่องจากทารกมีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์มีจำนวนมากขึ้น จาก 6 ราย เป็น 15 ราย

2.2.5 อัตราการเสียชีวิตของทารก

ที่ refer วงรอบที่ 1 เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.59 วงรอบที่ 2 เสียชีวิต 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.00 ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง แต่เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน อัตราการเสียชีวิตของทารกจึงมากกว่า

2.2.6 จำนวนการส่งไปรักษาต่อ

พบว่า รพ.ปทุมธานีสามารถส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น จากรอบที่ 1 จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.59 รอบที่ 2 จำนวน 20 ราย ร้อยละ 20 และโรงพยาบาลสามารถส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงได้ทันเวลา รอบที่ 1 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.45 และรอบที่ 2 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี เริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลทารกแรกเกิดฯ พบปัญหาด้านจำนวนบุคลากรความรู้และสมรรถนะของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพในการดูแลทารกที่มีภาวะวิกฤตยังไม่เพียงพอ ด้านระบบงานที่ล่าช้า มาตรฐานการดูแลไม่ทันสมัย และครอบคลุมปัญหาทารกเครื่องมือ อุปกรณ์ เทคโนโลยีที่ใช้ดูแลทารกวิกฤตไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาที่พบสะท้อนการบริหารบุคลากรและระบบงาน ที่อาจส่งผลต่อการดูแลที่ไม่บรรลุคุณภาพบริการและผลลัพธ์ทางคลินิกตามการพัฒนาระบบบริการสาขาทารกแรกเกิด^{8,9,11} และการพัฒนารูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานีที่พัฒนาขึ้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาในบริบทรพ.ปทุมธานีเมื่อปี พ.ศ. 2558⁷ แต่จะมีประเด็นที่แตกต่างตามบริบทของเวลาที่ผ่านไปทำให้ศักยภาพของโรงพยาบาลปทุมธานีเพิ่มมากกว่าเดิม ได้แก่ การกำกับติดตามให้ความรู้และเสริมพลังโรงพยาบาลเครือข่ายในชุมชนโดยใช้กิจกรรมแม่และเด็กสัญจร ทารกแรกเกิดสัญจร กิจกรรมวิเคราะห์รากสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะทำให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สามารถฝึกทักษะและติดตามประเมินผล สะท้อนปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากนี้ด้านโรงพยาบาลแม่ข่ายได้เป็นวิทยากรพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลชุมชนได้ โรงพยาบาลชุมชนที่มีกุมารแพทย์และสามารถเปิดบริการเตียงทารกแรกเกิดป่วยได้ รวมไปถึงมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติ อุปกรณ์

และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีความทันสมัยขึ้น สามารถเปิดบริการ รักษาด้วยเครื่องลดอุณหภูมิกายของทารกซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสาขาทารกแรกเกิดในสถานบริการสุขภาพระดับ A เป็นการเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลตติยภูมิ¹¹ การขยายเครือข่าย โรงพยาบาลเอกชนในการรับดูแลทารกวิกฤต ระบบยามีการบริหารสารลดแรงตึงผิวให้อยู่ในบัญชียาหลัก มีระบบให้ยืมยาฉุกเฉินของ ทารกแรกเกิดสำหรับ โรงพยาบาลชุมชน บริการห้องปฏิบัติการที่ใช้ส่งตรวจปริมาณน้อยในทารกและการรายงานผลทางห้องปฏิบัติการด่วน รวมไปถึงศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่สามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐานก่อนการส่งต่อได้ทั้งหมดเหล่านี้ล้วนส่งผลถึงคุณภาพการดูแลทารกวิกฤต

2. ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต พบว่า การดูแลตามหลัก STABLE Program¹² ผลลัพธ์ดีขึ้นทั้ง 6 ประเด็น ดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือด อุณหภูมิ การหายใจ ความดันโลหิต การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและการสนับสนุนครอบครัว รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อลดลงและผลลัพธ์เมื่อจำหน่ายดีขึ้น ผลการศึกษาแสดงถึงการเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อที่มีประสิทธิภาพทำให้ทารกมีความปลอดภัยมากขึ้น การมีเครื่องมือประเมินอาการทารกมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้สามารถตัดสินใจและให้การรักษายาบาลได้อย่างเหมาะสม และมีช่องทางในการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงง่ายก่อนที่จะส่งต่อ^๑ ทำให้ผลลัพธ์โดยภาพรวมดีขึ้น ซึ่งส่งผลทำให้เกิดแนวทางการดูแลในเครือข่ายมีมาตรฐานเดียวกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

รูปแบบการดูแลทารกแรกเกิดฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการศึกษาภายใต้ระยะเวลาหนึ่ง ทำให้จำนวนของตัวอย่างมีจำนวนไม่เท่ากัน ที่ทำให้มีผลต่อร้อยละของการศึกษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการดูแลทารกฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มจากทีมสหสาขาวิชาชีพโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดปทุมธานี จึงทำให้รูปแบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในภาพรวมของทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตในระบบส่งต่อดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพในระบบการส่งต่อและการสนับสนุนการดูแลระหว่างการส่ง ทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร และอุปกรณ์การแพทย์เพิ่มการใช้เทคโนโลยี และเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานที่สอดคล้องกับนโยบายของจังหวัดและประเทศได้ และมีการนิเทศติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

References

1. Rahman SU. Neonatal and perinatal mortality: Global challenges, risk factors and interventions. New York: Nova Biomedical; 2017.
2. Unsiam P. Maternal participation in caring for critically ill newborns at

- Phatthalung Hospital. Journal of Southern College of Nursing and Public Health. 2017;4(Spec):61-74. (in Thai).
3. Dare S, Oduro AR, Owusu-Agyei S, Mackay DF, Gruer L, Nelson SM, et al. Neonatal mortality rates, characteristics, and risk factors for neonatal deaths in Ghana: Analyses of data from two health and demographic surveillance systems. Glob Health Action. 2021;14(1):1938871.
 4. Sathiraangkura T, Wongsuwarnsiri S, Kladjompong P. Development of guidelines for nursing service system development according to Service Plan: Project implementation report. Journal of Health Science. 2019;28(5):874-884. (in Thai).
 5. Thomas RK. Introduction to health services planning: Health Services Planning. New York: Springer; 2021.
 6. Medical Records Department, Pathum Thani Hospital. General statistical data of Pathum Thani Hospital (Annual Report). Fiscal Year 2021.
 7. Orathai S, Atcharawadee S. The effects of developing a newborn care system for infants born to mothers with COVID-19 at the Neonatal Intensive Care Unit, Pathum Thani Hospital. Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life. 2024;4(2):73-83.
 8. Sirikit P, Imnamkhao S. Development of a transmission Model for newborn with respiratory problems in Mahasarakham's network. Mahasarakham Hospital Journal. 2021;18(1):122-131. (in Thai).
 9. Khanthasupa S, Soonphayanont S. Development of care systems for preterm infants in Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital and networks. Journal of the Preventive Medicine Association of Thailand. 2015;5(1):1-14. (in Thai).
 10. Ramathibodi Hospital Team, Thai Society of Neonatology, translators. The S.T.A.B.L.E. Program: Guidelines for neonatal transport preparation [Training material]. Bangkok: Thai Society of Neonatology; [date unknown].
 11. Nursing Division, Ministry of Public Health. Guidelines for developing nursing service system (Service Plan). Pathumthani: Seutawan Publishing; 2018.
 12. Wijitkunkasem K, editor. S.T.A.B.L.E program learner manual: Post-resuscitation pre-transport stabilization care of sick infants for healthcare providers. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health; 2017.

การพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

สมาพร จิตบุญเกษม* จันทิมา นวะมะวัฒน์** ปรียาภัสสร เหล็กเพชร*

บทคัดย่อ

บทนำ : อัตราป่วยทางจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายมีแนวโน้มสูงขึ้น ถึงแม้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่ขาดความต่อเนื่องในการดูแล และเข้าถึงบริการล่าช้า

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนานี้ มี 5 ขั้นตอน ตัวอย่าง คือ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องฉุกเฉิน พยาบาล ฝ่ายปกครอง ตำรวจ ชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกทางการแพทย์พยาบาล และประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ วิธีวิเคราะห์เนื้อหาแบบสรุปความ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย : รูปแบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) กลไกการดำเนินงาน 2) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล และ 4) การสื่อสารและการประสานงาน ประสิทธิภาพเมื่อนำรูปแบบไปใช้พบว่า ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทุกคนปลอดภัย ลดระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบในระดับมากที่สุด

สรุปผล : รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระยะก่อนถึงโรงพยาบาลนี้เป็นปฏิบัติการโดยความร่วมมือของภาคีสุขภาพ ที่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ และแนวทางดำเนินงานที่ชัดเจน จึงทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : รูปแบบการบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การจัดบริการก่อนถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

* กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดนครสวรรค์

Development of prehospital emergency medical services model for psychiatric and addicted patients in violent stage

Samaporn Chitboonyakasem* Juntima Nawamawat** Preyapat Lekphet***

Abstract

Background: The morbidity rate of severe mental illness has trended to increase. Patients have been increasingly seeking care in hospitals. However, they did not receive continuous care and had delayed access to service.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness, key success factors, and challenges of the prehospital emergency medical services model for psychiatric and addicted patients in the violent stage

Methods: This research and development included five processes. The sample consisted of hospital administrators, head nurses, chiefs of emergency rooms, nurses from community health promotion hospitals, administrative agencies, police, community members, patient caregivers, and patients. The research instruments included a focus group and in-depth interview guide, nurses' notes, and questionnaires. Data collection employed focus group discussions, in-depth interviews, data extraction, and satisfaction assessment. Data were analyzed using summative content analysis, means, and standard deviations.

Results: The model consists of four components: 1) operational mechanisms, 2) emergency medical service teams (EMST), 3) care guidelines for patients in the violent stage, and 4) communication. The effectiveness of the model showed that patients and staff were safe. Patients had decreased waiting time to access care. EMST had timeliness for providing care and was satisfied with delivering services at high levels.

Conclusions: The prehospital emergency medical service model for patients with severe mental illness relies on the collaboration of multiple agencies and the community. Clearly defined roles, responsibilities, and operational guidelines are the main factors to ensure effective patient care.

Keywords: service care model, emergency medical services, prehospital care, psychiatric and addict patients

* Non communicable diseases, mental, and addict office, Nakhonsawan provincial health office, Nakhonsawan province

** Boromarajonani college of nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of nursing, Praboromarajchanok institute, Nakhonsawan province

Corresponding author: Juntima Nawamawat, E-mail: juntima@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

จิตเวชฉุกเฉินหรือภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางพฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง อาการก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง เป็นภาวะอันตรายที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว¹ จากสถิติทางสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe mental illness and violence: SMI-V) หรืออยู่ในภาวะอันตรายมีแนวโน้มสูงขึ้น และเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนที่เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องไม่ถึงร้อยละ 50² ผู้ป่วยจิตเวชที่พบส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (ICD-10 รหัส F20-F29) มากที่สุดร้อยละ 43.22 รองลงมาเป็นกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (ICD-10 รหัส F30-F39) ร้อยละ 30.36 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ICD-10 รหัส F10-F19) ร้อยละ 17.34 โดยกรมสุขภาพจิตได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต อยู่ร่วมกับสังคมได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ (Remission) กำเริบซ้ำ (Relapse) และไม่ก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน³

การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในระยะอันตราย ครอบคลุมทั้งในภาวะฉุกเฉินและระยะโรคสงบ ทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน โดยเกิดจากความร่วมมือระหว่าง 5 หน่วยงานมิตร ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข (อส

ม.) แกนนำชุมชน และผู้ดูแลในครอบครัว⁴ ส่วนการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services system: EMSS)⁵ เป็นไปเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะอันตรายในสถานพยาบาลที่เหมาะสมนั้น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นต้องได้มีทักษะการพูดเกลี้ยกล่อม และการเข้าจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัยด้วยการผูกมัดทางกาย มีแนวปฏิบัติตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การใช้คำถาม และการตอบแบบสั้น รวดเร็ว แต่แม่นยำในการประเมินความรุนแรง และส่งการหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุดที่เหมาะสมออกช่วยเหลือ มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการประสานงานร่วมกับตำรวจเพื่อเข้าไประงับเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลควรเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง รวมถึงประสานส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นแม่ข่ายของพื้นที่⁶ ทั้งนี้การจัดบริการจะต้องบูรณาการในพื้นที่ มีการเชื่อมกันอย่างไร้รอยต่อ (Seamless care) ให้ครอบคลุมทั้งการดูแลในชุมชน การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลในโรงพยาบาล⁷

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล คือ ระบบการทำงานของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ รวมทั้งยังไม่มีมีรูปแบบการบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระยะฉุกเฉินที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาล่าช้า ผู้ป่วยจะทำร้ายตำรวจผู้เข้าระงับเหตุหรือเกิดพลัดพลั้งตำรวจทำผู้ป่วยบาดเจ็บขณะระงับเหตุ อีกทั้งพยาบาลชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเกิดความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดไม่สามารถเข้าถึงตัวผู้ป่วยได้ การตอบสนองของ

ทีมแพทย์ฉุกเฉินจึงขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้การช่วยเหลือ ประกอบกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตฉุกเฉินไม่เพียงพอ⁸

พื้นที่อำเภอแก่งเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ ได้ริเริ่มพัฒนา “แก่งเลี้ยวโมเดล”³ ซึ่งเป็นระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดครอบคลุมระยะก่อนมีอาการก้าวร้าวและรุนแรงขณะมีอาการวิกฤต และหลังการรักษาแล้วรับกลับไปอาศัยในชุมชนที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน แต่การจัดบริการดังกล่าวยังขาดการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรองรับเมื่อมีผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตราย โดยเฉพาะในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนการทำงานและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยจะทำร้ายเจ้าหน้าที่ ตำรวจเข้าระงับเหตุพลาดพลั้งทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ เจ้าหน้าที่และประชาชนเกิดความหวาดกลัว จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีทีมงานและการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนเพื่อดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ เพื่อลดระยะเวลาการรับตัวผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม ปลอดภัย และรวดเร็ว รวมถึงทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมีความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

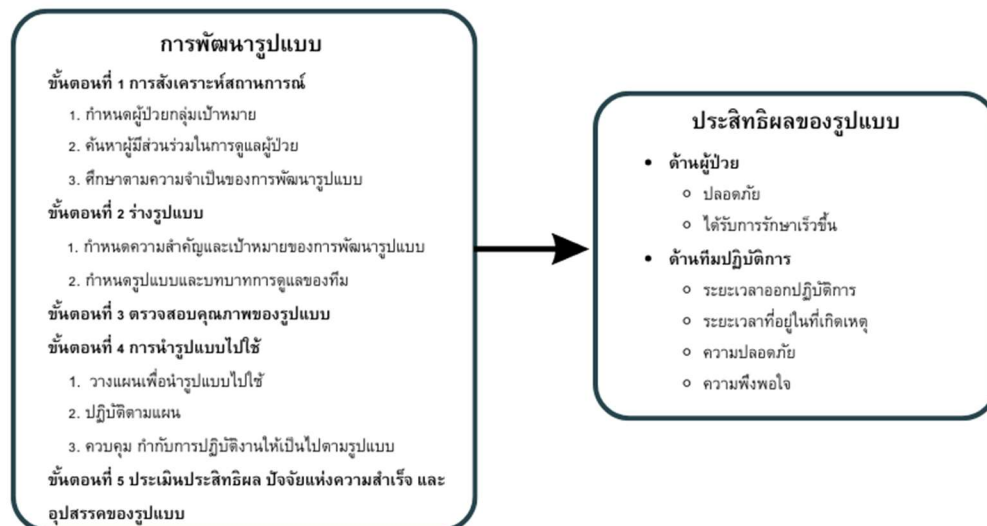
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด PEPPA framework (The participatory, Evidence-based, patient-focused process for guiding the development, implementation, and evaluation of advance practice nursing)⁹ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 2) ค้นหาผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) ศึกษาความจำเป็นของการพัฒนารูปแบบ 4) กำหนดความสำคัญและเป้าหมายของการพัฒนารูปแบบ 5) กำหนดรูปแบบและบทบาทการดูแลของทีม 6) วางแผนเพื่อนำรูปแบบไปใช้ 7) ปฏิบัติตามแผน 8) ประเมินผลรูปแบบ และ 9) ควบคุม กำกับกับการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามรูปแบบ มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล และกำหนดประสิทธิผลของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกรอบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ป่วยรอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย เข้าถึงบริการรวดเร็ว ทีมสุขภาพมีความปลอดภัย และพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน¹⁰ รายละเอียดดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบการวิจัย (Research framework)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตราย เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ปัญหา ทบทวนผู้มีส่วนร่วม ความจำเป็นของการปรับรูปแบบการดูแล และทบทวนบทบาทของพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวม 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าตามผู้มีคุณสมบัติเป็นผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสนทนากลุ่มพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำรวจ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่มีประสบการณ์เข้าร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แนวประเด็นคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง และแนวประเด็นคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตราย วิธีการดูแลผู้ป่วยในภาวะปกติและภาวะผิดปกติ แนวทางการแจ้งเหตุ ระบบสารสนเทศ บทบาทหน้าที่ ปัญหา/อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนการดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 1 คน แล้วปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่ละคนในสถานที่ส่วนตัวตามที่นัดหมายไว้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที หลังจากได้รับการยินยอมให้สัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 2 ร่างรูปแบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่

อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ในขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง¹¹ มาพัฒนาเป็นร่างรูปแบบ กำหนดให้มี 4 องค์ประกอบคือ กลไกการดำเนินงาน ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล แนวทางการดูแลรักษา และการสื่อสารและการประสานงานส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบใช้วิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 1 คน หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน และนักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และนำไปตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Operational feasibility) โดยการสอบถามทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และก่อนนำส่งโรงพยาบาล จำนวน 5 คน พบว่า รูปแบบสามารถแก้ปัญหาการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับปฏิบัติงานเดิม และนำไปใช้ได้จริง ประเมินความสอดคล้องระหว่างปัญหาการปฏิบัติงานและรูปแบบที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องของรูปแบบได้ 0.9 และปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและทีมปฏิบัติการก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 4 และ ขั้นตอนที่ 5 การนำรูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาลไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ เป็นการวิจัยชนิดการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research)

ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group with pretest and posttest design)

ตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่เข้าร่วมในทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ และก่อนนำส่งโรงพยาบาลในระหว่างการศึกษา ประกอบด้วย ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนนำส่งโรงพยาบาล ตำรวจ ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวนรวม 25 คน และผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในระหว่างศึกษาวิจัย จำนวน 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ รูปแบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) บันทึกทางการแพทย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา และ 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับ การกำหนดบทบาทหน้าที่ ขั้นตอนการทำงาน ความรู้สึกปลอดภัย การนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล และการทำงานเป็นทีม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน แบ่งกลุ่มระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.3–5.0) มาก (คะแนนเฉลี่ย 3.5–4.2) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.7–3.4) น้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.9–2.6) น้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.0–1.8)

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน แพทย์เฉพาะทางจิตเวช 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 1 คน ประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือได้ดังนี้ บันทึกทางการแพทย์พยาบาลวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.67-1 และค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาเท่ากับ 0.89

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมของทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง โดยการฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (Tabletop exercise) เพื่อให้เข้าใจบทบาทและแนวปฏิบัติในการดูแลรักษา และการเผชิญเหตุหากพบผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าวรุนแรง แล้วจึงไปปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะอันตรายในสถานการณ์จริงในพื้นที่เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ลงวันที่ 2 มีนาคม 2566 เลขที่ SPRNW-REC 002/2023

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดย การวิเคราะห์เนื้อหาแบบสรุปความ (Content analysis)¹²

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

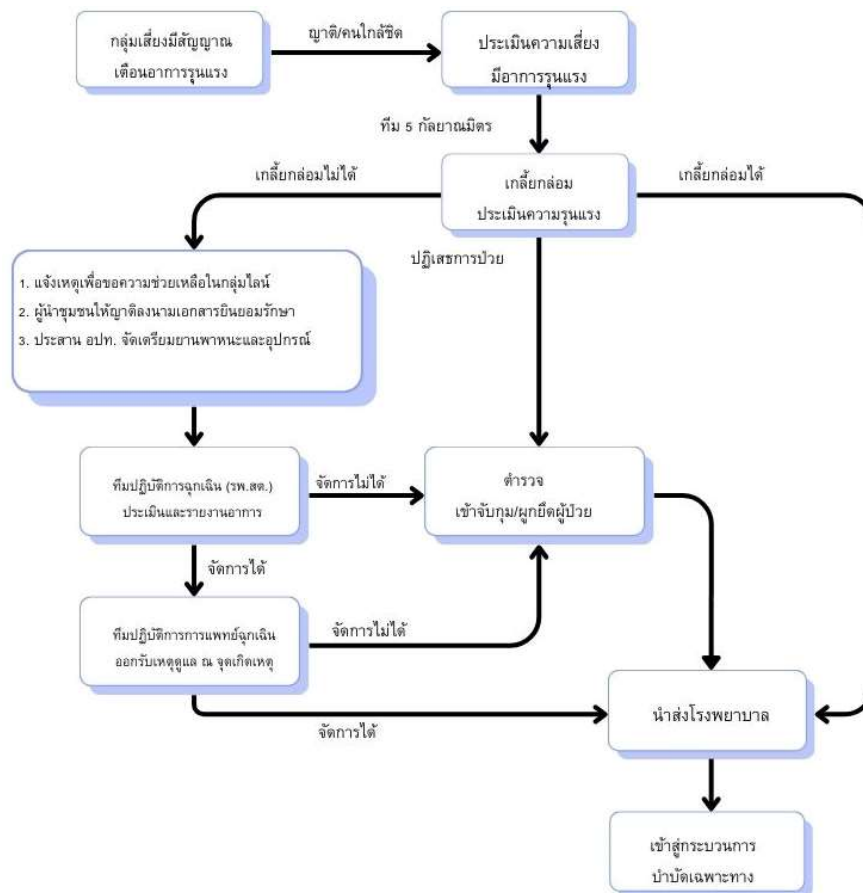
พบว่า รูปแบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) กลไกการดำเนินงานตามรูปแบบ 2) ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล 3) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล และ 4) การสื่อสารและการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งกลุ่มไลน์ และโทรศัพท์

กลไกการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาลตามรูปแบบประกอบด้วย 3 ทีม คือ 1) คณะอำนวยการ ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ประกอบด้วย ปลัดอำเภอ ตำรวจ ผู้แทนสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และทีม 5 กัลยาณมิตร (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ญาติ และขวัญใจผู้ป่วย) และ 3) ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน

บทบาทหน้าที่ของทีมปฏิบัติการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล มีดังนี้ ญาติ/คนใกล้ชิดหรือผู้พบเหตุมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงมีอาการรุนแรง และแจ้งเหตุ ทีม 5 กัลยาณมิตรมีบทบาทในการประเมินความรุนแรง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา และประสานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการประเมินอาการผู้ป่วยและรายงานโรงพยาบาล มีบทบาทในการดูแลรักษาผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล และรายงานอาการให้แพทย์เวชที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตำรวจมีบทบาทในการระงับเหตุความรุนแรงของผู้ป่วยเบื้องต้น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดเตรียมยานพาหนะนำส่งและอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล และมีแนวทางการเผชิญเหตุ ประกอบด้วย เมื่อผู้ป่วยที่มีสัญญาณเตือนอาการรุนแรง ผู้ดูแลหรือผู้พบเหตุจะแจ้งทีม 5 กัลยาณมิตร ให้ประเมินความรุนแรงและเกลี้ยกล่อมผู้ป่วย หากเกลี้ยกล่อมได้ทีม 5 กัลยาณมิตรจะนำส่ง

โรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ไม่สงบจะแจ้งเหตุการณ์ในกลุ่มไลน์และโทรแจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (1669) ผู้นำชุมชนให้ญาติลงนามในเอกสารยินยอมนำผู้ป่วยไปรักษา และประสาน อปท. เพื่อจัดเตรียมยานพาหนะและอุปกรณ์นำส่ง ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินจะไปประเมินผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงต่อการกระทำรุนแรง และจัดการความเสี่ยง หากจัดการความเสี่ยงไม่ได้จะแจ้งตำรวจเพื่อผูกมัดก่อนนำส่งโรงพยาบาล หากจัดการได้จะแจ้งทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล หากจัดการความเสี่ยงได้จะนำส่งโรงพยาบาลทันที ส่วนกลุ่มที่ปฏิเสธการป่วยจะแจ้งตำรวจเพื่อผูกมัดก่อนนำส่งโรงพยาบาล และหากเกลี้ยกล่อมได้ทีม 5 กัลยาณมิตรจะนำส่งโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดเฉพาะทางต่อไป รายละเอียดดังภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

2. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล

ในการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ ณ สถานการณ์จริง พบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายจำเป็นต้องให้การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล 9 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง 3 ราย มีอาการรุนแรงแต่จัดการได้ 4 ราย และมีอาการรุนแรงและจัดการไม่ได้ 2 ราย ทีมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจำนวน 25 คน ประกอบด้วย ทีมอำนวยการ 5 คน ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน 14 คน และทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 6 คน

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกคนปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้น ก่อนนำรูปแบบไปใช้เวลาในการบริการเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 35 นาที หลังนำรูปแบบไปใช้เวลาเฉลี่ย 33 นาที ด้านทีมปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยพบว่า ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินลดระยะเวลาออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ในที่เกิดเหตุลดลง ก่อนนำรูปแบบไปใช้เวลาเฉลี่ย 51 นาที หลังนำรูปแบบไปใช้เวลาเฉลี่ย 10 นาที เจ้าหน้าที่ทุกคนไม่ได้รับอันตรายในระยีก่อนถึงโรงพยาบาล ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในภาพรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.60; SD 0.48) จำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.75; SD 0.54) และด้านขั้นตอนการทำงานที่เข้าใจง่ายในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.80; SD 0.40) ด้านความรู้สึกลอดภัยขณะดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุและก่อนนำส่งโรงพยาบาลในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.90; SD 0.30) ด้านการทำงานเป็นทีมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ 4.80; SD 0.40) และด้านประสิทธิผลด้านการนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วในระดับมาก ($\bar{X}$ 3.75; SD 0.62) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินต่อการปฏิบัติงานตามรูปแบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล (n=25)

ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	4.75	0.54	มากที่สุด
มีขั้นตอนการทำงานที่เข้าใจง่าย	4.80	0.40	มากที่สุด
ความรู้สึกลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ	4.90	0.30	มากที่สุด
การนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว	3.75	0.62	มาก
การทำงานเป็นทีม	4.80	0.40	มากที่สุด
ภาพรวม	4.60	0.48	มากที่สุด

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รูปแบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งมี 4 องค์ประกอบหลัก คือ กลไกการดำเนินงาน ชุด

ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสื่อสารและการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งกลุ่มไลน์ และโทรศัพท์ มีกลไกการดำเนินงาน 3 ทีม คือ คณะอำนวยการ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน และทีมปฏิบัติการ

การแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของกลไกหลัก และแนวทางการเผชิญเหตุ ณ จุดเกิดเหตุและการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงฉุกเฉินจะเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี¹³ โดยเฉพาะความร่วมมือกับตำรวจในการระงับความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนที่ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินจะเข้าไปดูแล¹⁴⁻¹⁵ การมีส่วนร่วมของทีมสนับสนุนทางสังคม¹⁶ จะส่งผลดีต่อการดูแลและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น สำหรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินพบว่า เริ่มจากการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนโดยญาติหรือผู้ดูแลต้องสังเกต และเฝ้าระวังอาการ หากมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจะแจ้งเหตุในไลน์กลุ่มปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินประเมินอาการเบื้องต้น ก่อนที่จะแจ้งเหตุไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน เมื่อทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินออกไปดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ จะประเมินผู้ป่วยซ้ำอีกครั้งเพื่อจำแนกประเภทของผู้ป่วย ก่อนจะให้การดูแลที่เหมาะสม และนำส่งโรงพยาบาลต่อไป ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรงจะต้องรักษาให้ผู้ป่วยสงบ ป้องกันการบาดเจ็บสืบเนื่อง และก็นำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย¹⁷⁻¹⁸

การเตรียมความพร้อมของทีมแพทย์ฉุกเฉินทั้งด้านการพัฒนาสมรรถนะของทีม และการฝึกซ้อมให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติงานของทีม การจัดกลไกและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมที่ชัดเจน มีแนวทางในการปฏิบัติการที่บูรณาการการทำงานระหว่างทีมอำนวยการ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน ชุมชน และทีมปฏิบัติ

การแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เวลาในการปฏิบัติงานลดลง เนื่องจากความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีการวางแผน การสื่อสาร และการสนับสนุนอุปกรณ์อย่างเพียงพอ และเหมาะสมต่อผู้ปฏิบัติงาน¹⁹ การเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่สัญญาณเตือนของครอบครัว ชุมชน และสังคม หรือขั้นตอนการแจ้งเหตุผ่าน 1669²⁰ จะทำให้เวลาในการปฏิบัติงานเร็วขึ้น เนื่องจากความล่าช้าในการตัดสินใจระหว่างการระงับเหตุความรุนแรงของผู้ป่วยที่ใช้เวลานาน ส่งผลให้ผู้ป่วยนำส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าว รุนแรง ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของทีมส่งผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรงในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล²¹ และความเหมาะสมของการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจะส่งผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล²² หากทีมมีทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ระยะรับแจ้งเหตุและระยะดูแลที่จุดเกิดเหตุ การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยพยาบาล ตำรวจ และหน่วยกู้ภัย²³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

รูปแบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่อยู่ในภาวะอันตรายก่อนถึงโรงพยาบาล มี 4 องค์ประกอบ คือ กลไกการดำเนินงาน ชุดปฏิบัติการออกรับเหตุดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาล แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย และการสื่อสารและการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยหลากหลายช่องทาง ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบไปใช้ทำให้ผู้ป่วยมี

ความปลอดภัย เข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินใช้เวลาในการออกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และการดูแลที่จุดเกิดเหตุลดลง ไม่ได้รับอันตรายจากการปฏิบัติงาน และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัย ควรมีการพัฒนาระบบสารสนเทศผ่านระบบดิจิทัลผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและระบบแจ้งเหตุ 1669 ให้แจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนและมีภาวะอันตราย และนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

2. ด้านการปฏิบัติงาน ควรพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย และมีการฝึกซ้อมการระงับเหตุและการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

References

1. Sudarsanan S, Chaudhury S, Pawar AA, Salujha SK, Srivastava K. Psychiatric emergencies. Med J Armed Forces India. 2004;60(1):59-62.
2. Health data center, Ministry of Public Health. Health statistic [Internet]; 2567. [cited September 20, 2024]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=9d8c311d6336373d40437c4423508cad&id=4b35d96e225bf34a16774b13705250f4
3. Opaswattana C, editor. A manual of severe mental illness and violence care for hospital. Bangkok: Prosperous plus company limited, 2020. (in Thai).
4. Lekphet P, Lekphet K, Nawamawat J. The development of surveillance and care model for psychiatric diseases based on community participation, Kaolieo District, Nakhonsawan Province. JPHSR [Internet]. 2024 Apr. 30 [cited 2024 Dec. 31];6(1):164-77.
5. Beebe R, Funk D, Scadden J, eds. Fundamentals of basic emergency care. 3rd ed. Singapore: Delmar Cengage Learning; 2010. p 10-53.
6. Wachiradilok P, Dounghipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023; 17(2): 264-278. (in Thai).
7. Wachiradilok P. A mental crisis emergency patient support under an integrated emergency medical service system in the area. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2022; 2(1): 77-89. (in Thai).
8. Pongpaew A, Somsinnakul S. The development of an integrative guideline for the emergency medical services system for emergency patients experiencing mental health crises in Rayong province. Journal of Nursing and Health Care. 2023; 41(1): 1-18. (in Thai).
9. Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: Development, implementation, and evaluation. Journal Advanced of Nursing 2004; 48(5): 519-529.
10. Mehmood A, Rowther AA, Kobusingye O, et al. Assessment of pre-hospital emergency medical services in low-income settings using a health systems approach. Int J Emerg Med. 2018; 11: 53.
11. Department of mental health, Ministry of public health. Standard operating procedures: SOPs severe mental illness – High Risk to Violence (V - Care). Bangkok: Beyondpublishing, 2023. (in Thai).
12. Joungrakul J, Wongprasit N. Content analysis for data analysis in qualitative

- research. PAAT Journal. 2019; 2(2): 1-14. (in Thai).
13. Bunmatham, P. Community participation in caring of substance induced psychosis patients at Mancha Khiri district, Khon Kaen province. *Journal of Health and Environmental Education*. 2023; 8(2), 42-49. (in Thai)
 14. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. A prehospital emergency psychiatric unit in an ambulance care service from the perspective of prehospital emergency nurses: A qualitative study. *Healthcare*. 2022; 10(1):50.
 15. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. A prehospital emergency psychiatric unit in an ambulance care service from the perspective of prehospital emergency nurses: A qualitative study. *Healthcare (Basel)*. 2021 Dec 28;10(1):50.
 16. Edwards, M.J.; Bassett, G.; Sinden, L.; Fothergill, R.T. Frequent callers to the ambulance service: Patient profiling and impact of case management on patient utilization of the ambulance service. *Emergency medicine journal*. 2015, 32(5), 392–396.
 17. Stander C, Hodkinson P, Dippenaar E. Prehospital care providers' understanding of responsibilities during a behavioral emergency. *South African journal of psychiatry*. 2021;27(0), a1545.
 18. Sirisamut T, Wachiradilok P, Somton A. A model for developing of mental crisis emergency patients through integration of emergency medical service. *Journal of Health Science* 2019;28(Suppl 2): S157-S171. (in Thai)
 19. Pintatham K, Pensirinapa N, Kaladee A. Factors affecting emergency medical service operations according to the new normal standards in Chiang Rai province. *Chiangrai Medical Journal*. 2022; 14(3): 57-70. (In Thai).
 20. Wachiradilok P, Sirisamutr T, Somton A. Emergency patients with mental crisis accessing emergency medical services in Thailand. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2018; 32(2): 69-83. (in Thai)
 21. Todorova L, Johansson A, Ivarsson B. Perceptions of ambulance nurses on their knowledge and competence when assessing psychiatric mental illness. *Nursing Open*. 2021; 8: 946–956.
 22. Andersson H, Carlsson J, Karlsson L, Holmberg M. Competency requirements for the assessment of patients with mental illness in somatic emergency care: A modified Delphi study from the nurses' perspective. *Nordic journal of nursing research*. 2020; 40: 162–170.
 23. Bouveng O, Bengtsson FA, Carlborg A. First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study. *International journal of mental health*. 2017; 46(2): 65–73.

การพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์* สายฝน อำพันกาญจน์* อภิสรา ใจแสน** เนตรนภา พรจิตตานนท์***

บทคัดย่อ

บทนำ : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมมักเกิดกับวัยรุ่น การแก้ปัญหาที่เหมาะสมจึงควรหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องและแก้ไขให้ตรงสาเหตุ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยและพัฒนา โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 40 คน จากโรงเรียนมัธยมในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุทัยธานี ชัยนาทและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือวิจัยเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer และ Gaelick-Bays ร่วมกับรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ของ Glasgow และคณะ ประกอบด้วยแผนการสอน คู่มือฯ สมุดบันทึกพฤติกรรมฯ ข้อสอบและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที

ผลการวิจัย : พบว่า 1) ได้รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 2) ประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่าความรู้ความเข้าใจของนักเรียนหลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดีมาก และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด

สรุปผล : การพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากวัยรุ่นได้รับความรู้มีการติดตามกำกับให้เกิดความเข้าใจในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะสามารถจัดการตัวเองได้ดี

คำสำคัญ : การจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น การพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเอง การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

** โรงพยาบาลอุทัยธานี

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : สายฝน อำพันกาญจน์, E-mail: fon.rainy8@gmail.com

The development of self-management behavior for adolescents on the prevention of unplanned pregnancy

Hathairat Budsayapanpong* Saiphon Amphankan* Apisara Jaisan** Natenapa Pornthitanon***

Abstract

Background: Unplanned pregnancies often occur in adolescents. An effective solution to the problem requires the underlying causes to be identified and addressed directly.

Objectives: To develop and evaluate the effectiveness of a self-management behavior model for adolescents to prevent unplanned pregnancies.

Methods: This research and development study employed purposive sampling to select 40 Matthayom-1 students from schools under the Office of Secondary Education Service Area, Uthai Thani, Chainat, and local administrative organizations. The research instruments included a self-management behavior development model based on Kanfer and Gaelick-Bays' Self-Management theory combined with Glasgow and colleagues' 5A Behavior Change Technique. The model comprised teaching plans, manuals, behavioral record books, exams, and self-management behavior questionnaires. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and t-tests.

Results: A self-management behavior development model was developed for adolescents to prevent unplanned pregnancy. The effectiveness of the model showed that students' knowledge and understanding significantly improved after implementing the model ($p < .05$). Students demonstrated excellent self-management behaviors and expressed high to very high satisfaction with the model.

Conclusions: The development of self-management behaviors in adolescents to prevent unplanned pregnancies can be effectively achieved by providing adolescents with proper knowledge and closely monitoring them to ensure that they understand the self-management strategies. This approach enabled them to effectively manage themselves in preventing unplanned pregnancies.

Keywords: self-management for adolescents, self-management behavior development, unplanned pregnancy prevention

* Boromarajonani College of Nursing, Chainat

** UthaiThani Hospital

*** Chainat Provincial Public Health Office

Corresponding Author: Saiphon Amphankan, E-mail: fon.rainy8@gmail.com

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึทางเพศมากขึ้น ทำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด หรือมีการคุมกำเนิดที่ไม่ต่อเนื่อง ขาดความตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ การไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ¹⁻² ทำให้วัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาชีวิตที่รุนแรงมากสำหรับวัยรุ่น ผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คุมกำเนิด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ วัยรุ่นที่ประสบปัญหาต้องหาทางออกโดยการทำแท้ง การทอดทิ้งบุตรเมื่อคลอด ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ สถิติต่างประเทศพบว่า ในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับที่สูง โดยพบว่าในปี ค.ศ. 2002 ประเทศอังกฤษ มีอัตราการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับ 60.2 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาพบถึง 34.3 คนต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 1,000 คน³ สถิติในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565⁴ พบอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คนเท่ากับร้อยละ 0.8 ส่วนอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คนเท่ากับร้อยละ 21.0 โดยจังหวัดชัยนาทปี พ.ศ. 2565⁴ มีอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิง 10-14 ปี 1,000 คนเท่ากับร้อยละ 1.1 ส่วนอัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คนเท่ากับร้อยละ 18.0 คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจึงศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ารูปแบบ

การพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจะสามารถแก้ไขปัญหาการขาดความรู้ การตระหนักถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ การไม่ได้รับการบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพที่เกิดขึ้น โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของ Kanfer and Goelick-Buy¹ ที่องค์ประกอบ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำกับติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) การสร้างเสริมแรงจูงใจในตนเอง (Self-reinforcement) และของ Glasgow et al.² ด้วยเทคนิค 5A ได้แก่ Assess Advise Agree Assist Arrange ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมที่วัยรุ่นต้องดูแลจัดการตนเองโดยมีบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดร่วมรับรู้ดูแลในแนวทางเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยจะทำการรวบรวมข้อมูลสาเหตุของปัญหา นำข้อมูลที่ได้มาพูดคุยร่วมกับเจ้าของปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาและกำกับติดตามผลสร้างเสริมแรงจูงใจในตนเอง โดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับผู้ปกครองที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการพัฒนาแบบนี้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การศึกษาดังนี้จะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการสาธารณสุขและการพยาบาล และผู้สนใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ออกแบบวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบฯ ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำร่างรูปแบบฯ โดยรวบรวมสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องจัดทำร่างรูปแบบฯ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาระยะนี้พิจารณา ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติตามความเหมาะสมจากเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสูตินรีเวชจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช จำนวน 3 คน ดำเนินงานวิจัยโดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นวิธีหลักและดำเนินการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้พร้อมสำหรับนำไปใช้

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ ดำเนินการทำวิจัย one-group pre-posttest design ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำจังหวัด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

จำนวน 40 คน จากคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้ คือ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer and Gaelick-Bays¹ ร่วมกับรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ของ Glasgow et al.² กระบวนการพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองประกอบด้วย

1) แผนการสอนเรื่องการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เนื้อหาประกอบด้วยกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

2) สมุดบันทึกพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อให้นักเรียนติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองและประเมินผลสำเร็จตามเป้าหมายในแต่ละสัปดาห์ เป็นสมุดให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกกิจกรรมจัดการตนเองในแต่ละวัน

3) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมใช้เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้ และแจกให้นักเรียนหลังให้ความรู้เพื่อนำไปทบทวนและศึกษาด้วยตนเอง เนื้อหาประกอบด้วยกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์

4) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง (PowerPoint) ใช้ในการให้ความรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มองเห็นภาพต่าง ๆ มากขึ้น เกิดความเข้าใจในเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการให้ความรู้และมีรูปภาพประกอบเนื้อหา ประกอบด้วยกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง โรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อ
ป้องกันการตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบประเมินความรู้เรื่องกายวิภาค
สรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่น
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ประเมินความรู้ สภาพปัญหา
ที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังให้ความรู้
การจัดการตนเองจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การพิจารณา
ระดับความรู้ความเข้าใจภายหลังรับรูปแบบฯ
แบ่งดังนี้

คะแนน 15-20 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ความเข้าใจในระดับมาก

คะแนน 8-14 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง

คะแนน 1-7 คะแนน หมายถึง
มีความรู้ความเข้าใจในระดับน้อย

2) แบบวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจ
ของกลุ่มตัวอย่างแบบสอบถามเป็นแบบมาตร
ประเมินค่ามีมาตรวัด 5 ระดับ รวมข้อคำถามทั้งหมด
20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคิดเห็นต่อ
รูปแบบงานวิจัยที่พัฒนาขึ้นในภาพรวม จำนวน
3 ข้อ ข้อคิดเห็นต่อวัตถุประสงค์ของการสอน
กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอน จำนวน 10 ข้อ
การตอบคำถามข้อข้องใจ บุคลิกภาพของผู้สอน
การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดต่อพูดคุยทาง
ออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ เกณฑ์การพิจารณา
ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ แบ่งดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับ

ความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจระดับ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับ
ความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยที่สุด

3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการ
ตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินความคิดเห็นต่อ
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินข้อคิดเห็นเกี่ยวกับ
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง
หลังเข้าร่วมโครงการ ลักษณะของแบบสอบถาม
เป็นแบบมาตรประเมินค่ามีมาตรวัด 5 ระดับ
รวมข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เนื้อหาเป็นเรื่อง
ความคิดเห็นต่อพฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์
และการคุมกำเนิด ผลกระทบการมีเพศสัมพันธ์
และการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างที่ส่งผลต่อ
บุคคลรอบข้างเช่นบิดามารดา เป็นต้น เกณฑ์
การพิจารณาระดับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรม
การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับ
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง
ระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับ
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับ
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง
ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับ
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง
ระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับ
ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง
ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางสูตินรีเวชจำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชจำนวน 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชจำนวน 1 คน ตรวจสอบ แก้ไข ปรับปรุง เนื้อหา และหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.6-1.0 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แก้ไขไปหาค่าความเที่ยงในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

ประชากรและตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) 1 โรงเรียนที่อาสาร่วมงานวิจัยตามคุณสมบัติของตัวอย่างที่ผู้วิจัยกำหนดจากโรงเรียนมัธยมในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุทัยธานี ชัยนาท และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คนที่ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้คือ 1) เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท เลขที่โครงการวิจัย BCNC-IRB 06/2565 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 และมีหนังสือขอความยินยอม (Informed consent) ถึงผู้ปกครอง

ชี้แจงขอให้นักเรียนเข้าร่วมโครงการวิจัย และอนุญาตให้ติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามออนไลน์ โดยผู้วิจัยประชุมชี้แจงคุณครู และผู้ปกครอง มอบหนังสือและให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านความรู้เรื่องกายวิภาค สรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่น วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test)

2. ข้อมูลด้านระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์

3. ข้อมูลด้านระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด คือ ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับข้อคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับดีขึ้นไป และโครงร่างงานวิจัยผ่านการคัดกรองจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัย และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของ สปช. และงานวิจัย ววน. ปี พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

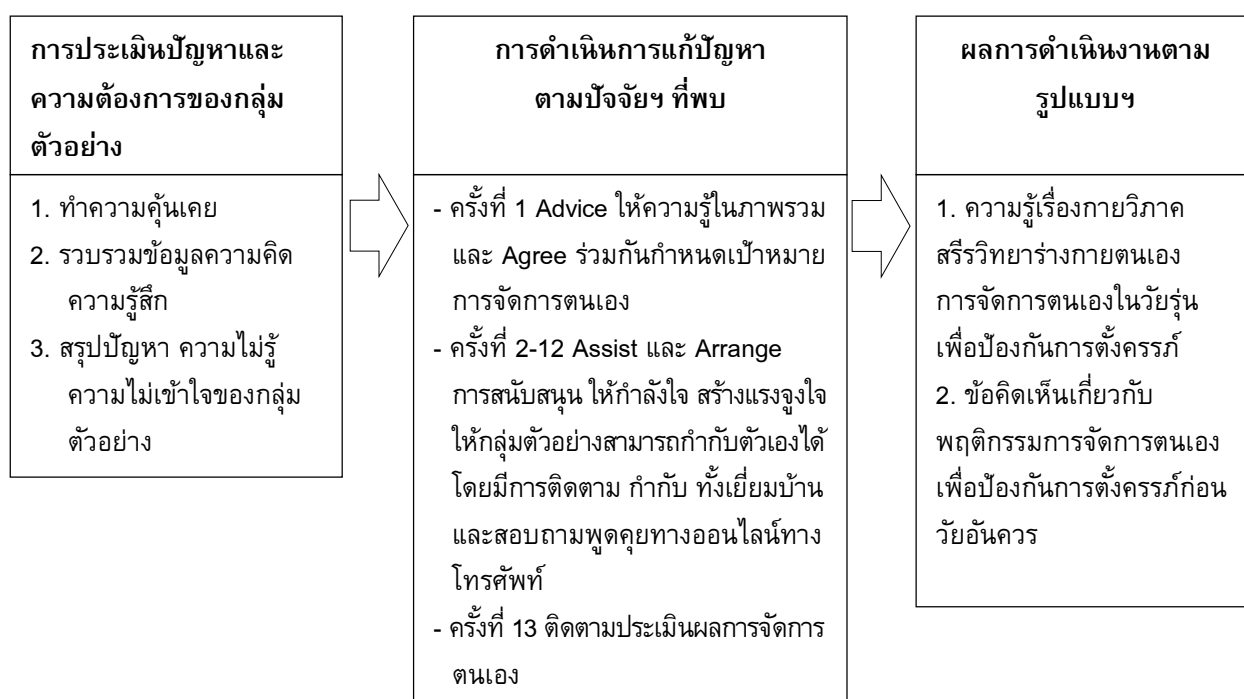
1. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำร่างรูปแบบฯ โดยรวบรวมสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ปัจจัยที่พบว่าเป็นสาเหตุ ได้แก่ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะชีวิตการจาจัดระบบ

บริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ง่าย (ซึ่งประเด็นนี้ รายงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท โรงพยาบาลชัยนาท นเรนทร รับทราบปัญหาเรียบร้อยแล้ว) และบุคคลรอบข้างต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เพื่อให้คำแนะนำที่สอดคล้องกัน

1.2 ร่างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเอง สำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดังนี้



1.3 รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมในการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน วิเคราะห์หาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยกับเกณฑ์การคัดเลือกตามที่คุณวิจัยกำหนด โดยใช้การทดสอบที (One sample t-test) และเลือกข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) ตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผู้ทรงคุณวุฒิให้

ความเห็นว่ามีเหมาะสมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (3.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรูปแบบการดำเนินงาน 13 ขั้นตอน (13 สัปดาห์)

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมในการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาค สรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่อง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อ ป้องกันการตั้งครรภ์	ก่อนใช้รูปแบบ (Pre-test)		หลังใช้รูปแบบ (Post-test)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ระดับมาก 15-20 คะแนน	6	15	16	40
ระดับปานกลาง 8-14 คะแนน	32	80	24	60
ระดับน้อย 1-7 คะแนน	2	5	0	0
รวม	40 คน		40 คน	

จากตารางที่ 1 คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ก่อนใช้รูปแบบฯ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 80 นักเรียนมีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง น้อยสุดร้อยละ 5 นักเรียนมีความรู้ อยู่ในระดับน้อย

ส่วนคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 หลังใช้รูปแบบฯ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60 นักเรียนมีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง น้อยสุดร้อยละ 0 นักเรียนมีความรู้ อยู่ในระดับน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้รูปแบบ (Pre-test)		หลังใช้รูปแบบ (Post-test)		t	P
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาฯ	12.33	2.27	13.88	2.04	-6.07*	<.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 คะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาคสรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 หลังใช้รูปแบบฯ มีคะแนน ($\bar{X}$ =13.88, SD=2.04) สูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบฯ ($\bar{X}$ =12.33, SD=2.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =-6.07, df =39)

2.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม พบว่าระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.55, SD=0.45) โดยความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่นักเรียนร่วมโครงการอย่างมีความสุข ($\bar{X}$ =4.98, SD=0.54) ความพึงพอใจ

น้อยที่สุดอยู่ที่มีกิจกรรมการเรียนการสอน
สอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนการสอน
($\bar{X}=4.21$, $SD=0.54$)

2.3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง
สำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการจัดการ
ตนเองฯ ที่เห็นด้วยสูงสุด อยู่กับการคุมกำเนิด
และการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็น
($\bar{X}=4.98$, $SD=0.64$) ระดับความคิดเห็นต่อ
พฤติกรรมการจัดการตนเองฯ ที่เห็นด้วยน้อย
ที่สุดอยู่ที่พ่อแม่ของท่านเห็นด้วยหากท่านมีการ
ตั้งครรภ์ในระหว่างเรียน ($\bar{X}=1.02$, $SD=0.52$)

อภิปรายผล

1. รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองสำหรับวัยรุ่น เพื่อป้องกันการ
ตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความ
เหมาะสมสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (3.51) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรูปแบบการ
ดำเนินงาน 13 ขั้นตอน อธิบายตามแนวคิดการ
จัดการตนเอง (Self-management) ของ Kanfer
and Gaelick-Bays¹ และแนวคิดการสนับสนุน
การจัดการตนเอง (Self- management support)
ได้ว่าแนวคิดการจัดการตนเองนั้น สามารถ
สนับสนุนให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอย่างมี
คุณภาพชีวิตที่ดีได้ แม้จะมีความไม่สุขสบาย
ด้วยปัญหาหรือโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เทคนิคการ
จัดการตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่
ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะของ
บุคคล³ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทพร ศรี
เมฆารัตน์ และคณะ⁹ ที่พบว่ากิจกรรมที่ส่งเสริม
การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย
กิจกรรมการเรียนรู้โปรแกรมการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสาร และ

รูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อน
วัยอันควร โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็น
แกนนำหลัก ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวให้ข้อเสนอแนะว่า
ควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและ
เชิงรับ ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงาน ควรมี
การศึกษาเชิงพัฒนา เพื่อให้เกิดการปรับ เปลี่ยน
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในส่วนของ
กิจกรรมในรูปแบบจำนวน 13 ครั้ง ผู้วิจัยดำเนิน
ขั้นตอนวิจัยทั้งหมดโดยมีครูและผู้ปกครอง
รับทราบขั้นตอนและให้ข้อมูลของนักเรียนในส่วน
ที่เกี่ยวข้อง เป็นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง
กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัว และผู้วิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่าง
และครอบครัวเกิดความไว้วางใจ รับรู้ว่าผู้วิจัย
มีความตั้งใจ เต็มใจที่จะดูแลช่วยเหลือ จึงสามารถ
กำกับตนเองตามคู่มือความรู้ที่ได้รับ

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น
ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

2.1 ความรู้ความเข้าใจเรื่องกายวิภาค
สรีรวิทยาร่างกายตนเอง การจัดการตนเองในวัยรุ่น
เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนชั้นมัธยม
ศึกษาปีที่ 1 พบว่าความรู้ความเข้าใจของนักเรียน
หลังใช้รูปแบบฯ สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบฯ
ที่มีกิจกรรมจำนวน 13 ขั้นตอน 13 สัปดาห์นั้น
มีขั้นตอนที่ให้ความสำคัญกับสาเหตุของปัญหา
ทั้งนี้เนื่องจากขั้นตอนย่อยของรูปแบบมีการสร้าง
สัมพันธภาพให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ โดยมี
การประเมินความรู้ว่าพร้อมเรื่องใด มีการพูดคุย
ให้ความรู้และร่วมกันวางแผนในการแก้ปัญหา
ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสาเหตุใด
จะร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ข้อดี
ของการลงเยี่ยมที่บ้านได้พบผู้ปกครองนักเรียน
มีการพูดคุยถึงการวางแผนเป้าประสงค์ในชีวิต

ของนักเรียน เป็นการสื่อสารแนวทางการดูแลนักเรียนแบบบูรณาการที่มีความร่วมมือระหว่างโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทางบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีเมฆรัตน์⁹ ศึกษาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผ่านการทำข้อมูลข่าวสาร และรูปแบบการป้องกันแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยรุ่น โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นแกนนำหลัก ควรมีการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ จากการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ มีระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.55$, $SD=0.45$) โดยความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่นักเรียนร่วมโครงการอย่างมีความสุข ($\bar{X}=4.98$, $SD=0.54$) ความพึงพอใจน้อยที่สุดอยู่ที่มีกิจกรรมการเรียนการสอน สอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนการสอน ($\bar{X}=4.21$, $SD=0.54$) ซึ่งเป็นไปตามคุณลักษณะของเด็กวัยรุ่นตามที่ กนกวรรณ เสนาเพ็ง¹⁰ ศึกษาวัยรุ่นไทยภาพสะท้อนจากมุมหนึ่ง กล่าวว่าวัยรุ่นตอนต้นมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทางร่างกาย ทำให้วัยรุ่นมีพลัง มีความกระตือรือร้น มีความสามารถเพิ่มมากขึ้น พยายามปรับปรุงบุคลิกภาพของตนเองให้เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยเอาแบบอย่างจากคนอื่นที่ตนเห็นว่าดี มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ระดับความเข้มข้นของอารมณ์ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพดั้งเดิมของเด็ก ขึ้นอยู่กับตัวเราที่ทำให้เด็กเกิดอารมณ์ เด็กจะเริ่มแสดงบุคลิกประจำตัวออกมาให้ผู้อื่นทราบได้เด่นชัด

กิจกรรมของรูปแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนาความรู้ความเข้าใจเรื่องของตนเองที่ตรงกับปัญหาเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง มีการติดตามกำกับและให้กำลังใจ จึงส่งผลให้เด็กมีความพึงพอใจสูงสุดอยู่ที่ได้เข้าร่วมโครงการอย่างมีความสุข แต่ที่พึงพอใจน้อยที่สุด (แต่ยังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก $\bar{X}=4.21$) อยู่ที่มีกิจกรรมการเรียนการสอน สอดคล้องกับจุดประสงค์การเรียนการสอน การจัดกิจกรรมให้ความรู้จึงเป็นกิจกรรมอิงวิชาการ ซึ่งจากข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่เสนอว่าชอบกิจกรรมที่มีใบงาน ให้แสดงบทบาทสมมุติว่าเพื่อนชายมาชวนไปมีเพศสัมพันธ์จะปฏิเสธอย่างไร การให้ใส่ถุงยางอนามัยกับหุ่นอวัยวะเพศ ตลอดจนการดูวีดิทัศน์การคลอด เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่า ทำให้เข้าใจชัดเจน เห็นแนวทางการพูดปฏิเสธหากได้รับคำชวนมีเพศสัมพันธ์ ระดับความพึงพอใจจึงยังอยู่ในระดับมาก แต่น้อยกว่าระดับมากในข้ออื่น

1.3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง สำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ ที่เห็นด้วยสูงสุดอยู่ที่การคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น ($\bar{X}=4.98$, $SD=0.64$) ระดับความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองฯ ที่เห็นด้วยน้อยที่สุดอยู่ที่พ่อแม่ของท่านเห็นด้วย หากท่านมีการตั้งครรภ์ในระหว่างเรียน ($\bar{X}=1.02$, $SD=0.52$) แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับเรื่องการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่บอกว่า การคุมกำเนิดเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยที่การตั้งครรภ์ในระหว่างเรียนจะไม่ใช่ที่พึงพอใจของพ่อแม่

ผู้ปกครอง สอดคล้องกับความคิดเห็นของ
ผู้ปกครองเด็กที่ให้ความเห็นว่า เป็นเด็กจะตั้งครม
ได้อย่างไร ไม่เหมาะสม เนื่องจากยังต้องเรียนหนังสือ
ต้องมีอาชีพเป็นหลักฐานมั่นคงเสียก่อน
สอดคล้องกับรายงานของกองทุนเพื่อเด็กแห่ง
สหประชาชาติ (UNICEF) ระบุว่า มารดาวัยรุ่น
อายุ 15-19 ปี ที่คลอดบุตรคนแรกตอนจบการศึกษา
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 51 และ
มารดาวัยรุ่นร้อยละ 59 ไม่มีงานทำ และร้อยละ 45
มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดของ
ประเทศ¹¹ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ราไฟ จันทวงษ์
และนัยนา ราชบุตร¹² ที่พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้
และทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด และได้รับการ
สนับสนุนจากบุคคลที่วัยรุ่นยอมรับ ให้ความเชื่อถือ
จะทำให้วัยรุ่นมีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และ
เสนอว่าควรให้คำแนะนำเรื่องคุมกำเนิด
ตั้งแต่วัยรุ่นก่อนตั้งครม

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเอง
สำหรับวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครมไม่พร้อม
ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
เช่น ผู้บริหารของโรงเรียน ครู เจ้าหน้าที่
สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้ปกครองของ
นักเรียน เพื่อร่วมมือให้แนวทางดูแลนักเรียน
ให้มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของ
ปัญหาที่จะตามมาเมื่อมีการตั้งครมไม่พร้อม

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึง
ผลประโยชน์ของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรม
จัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันการ
ตั้งครมไม่พร้อม จากผลการศึกษาผู้วิจัย
เสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านบริการพยาบาล ผู้บริหารควร
สนับสนุนและส่งเสริม โดยจัดทำเป็นนโยบายหรือ
แนวทางในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ด้านการ
ป้องกันการตั้งครมก่อนวัยอันควร โดยนำรูปแบบ
การพัฒนาพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น
ในการป้องกันการตั้งครมไม่พร้อมนำสู่การปฏิบัติ
สนับสนุนงบประมาณ เวลา สถานที่ อุปกรณ์ ฯลฯ

2. ด้านการจัดการศึกษาพยาบาล ควรจัด
การเรียนการสอนโดยมุ่งเน้นให้คำนึงถึง
ความสำคัญของการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง
ของเด็กวัยรุ่น โดยนำรูปแบบฯ ไปประยุกต์ใช้ ซึ่ง
ต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เด็กวัยรุ่น
และผู้ปกครองไว้วางใจ บอกปัญหา สาเหตุของปัญหา
ที่เกิดขึ้น และร่วมแรงร่วมใจในการกำกับการ
จัดการตนเอง เพื่อป้องกันการตั้งครมไม่พร้อม

3. ด้านการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควร
สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยตามรูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่น ในการ
ป้องกันการตั้งครมไม่พร้อม และเสริมตัวแปร
ด้านบทบาทของผู้ปกครองให้มีส่วนร่วมในการดูแล
บุตรหลานชัดเจนขึ้น โดยบูรณาการในเรื่องการ
วางแผนชีวิตของเด็กวัยรุ่นเป็นเป้าหมาย และ
วางแผนงานการดำเนินชีวิตสู่เป้าหมายที่วางไว้
โดยไม่ตั้งครมก่อน

4. ด้านโรงเรียนมัธยมศึกษา ทางโรงเรียน
มัธยมศึกษาที่สนใจสามารถนำรูปแบบการพัฒนา
พฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับวัยรุ่นในการ
ป้องกันการตั้งครมไม่พร้อมไปใช้ในโรงเรียน
โดยมอบหมายครูพยาบาลประจำโรงเรียนให้ศึกษา
รูปแบบฯ และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับนักเรียนและ
ผู้ปกครอง เพื่อเข้าถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหา
และวางแผนพัฒนาทักษะชีวิตตนเอง พร้อมแก้ปัญหา
ร่วมกับผู้ปกครองในการเสริมความรู้ความเข้าใจ
ตลอดจนกำกับติดตามผลการใช้รูปแบบฯ

References

1. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. Oxford, UK: Pergamon Press; 1991.
2. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V, Wagner EH. Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann Behav Med.* 2002;24(2): 80-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2402_04.
3. Chonnak U, Piyamongkol V. Teenage pregnancy. [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 3]; Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/49484/>. (in Thai).
4. Iamkong P, Pantra T, Chanlumphu A. Statistics on births for teenage mothers in Thailand 2022. Nonthaburi: Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
5. Khaemmanee T. Teaching science: knowledge for organizing an effective learning process twentieth edition. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
6. Good CV. Dictionary of education third edition. New York: McGraw-Hill; 1973.
7. Keeves JP. Educational research, methodology and measurement: an international handbook second edition. New York: Pergamon; 1997.
8. Pakjarung S. The effectiveness of self-management program for delayed the progression of stage 3 chronic kidney disease Khon Sawan Hospital, Khon Sawan District, Chaiyaphum Province. *Journal of Environment Health and Community Health.* 2023;8(3):712-7. (in Thai).
9. Srimekarat N. Prevention's model of teenage pregnancy. *Journal of Health and Environmental Education.* 2020;5(3): 96-104. (in Thai).
10. Senapeng K. Behavior of Thai teenagers today: the case of students in Maha Sarakham Province. *Journal of Sustainable Social Development.* 2023; 1(2):15-28. (in Thai).
11. United Nations International Children's Emergency Fund. UNICEF annual report 2010. [Internet]. 2011 [cited 2023 Dec 10]; Available from: <https://www.unicef.org/reports/annual-report-2010>.
12. Jantawong R, Ratchaboot N. Effects of a birth control promotion program on knowledge and intention to use birth control in postpartum teenage mothers. *Journal of Environmental Health and Community Health.* 2024;9(3):66-77. (in Thai).

การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของประชาชนในชุมชน

วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ* พัฒนา เศรษฐวัชรานิช**

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้มีความสำคัญในทีมสุขภาพในการให้บริการแก่ประชาชนทางด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ อสม. ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชนจึงเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้ อสม.สามารถคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เปลี่ยนมุมมองทางพฤติกรรมให้แก่ประชาชน และเป็นผู้นำทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น บทความนี้จะนำเสนอแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองสำหรับ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน ช่วยลดความเสี่ยงต่อความพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน และจะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้การจัดการปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเอง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ฝึกปฏิบัติและประยุกต์ใช้ความรู้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งความสำเร็จในการจัดการสุขภาพตนเองจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ กระตุ้นการแสวงหาความรู้ และส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ การจัดการตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุข

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

Received: June 10, 2024

Revised: December 30, 2024

Accepted: December 31, 2024

Promoting health literacy for village health volunteers for cerebrovascular disease prevention in the community using the self-management concept

Wadeerat Sriwongwan^{*} Pattana Sattawatcharawanij^{**}

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) play a vital role in health teams by providing comprehensive healthcare services to the community. Promoting health literacy among VHVs, combined with the concept of self-management in preventing cerebrovascular disease in the community, is a process that enhances their ability to think and make informed health decisions. It also supports them guide behavioral changes among community members, acting as leaders in health promotion, disease prevention, and basic care provision. This article presents an approach to enhancing health literacy and integrating self-management concepts for VHVs in preventing cerebrovascular disease in the community. It aims to provide healthcare professionals with a framework to develop VHVs' health literacy and self-management skills. This is related to their effectiveness in caring for the community's health, reducing the risk of disability, and lowering healthcare costs for the population. Moreover, this approach motivates learning and problem-solving related to health and self-care while providing opportunities for VHVs to practice and apply their knowledge in daily life. Successful self-health management fosters confidence, stimulates the pursuit of knowledge, and promotes continuous learning about diseases and healthcare practices.

Keywords: health literacy, self-management, cerebrovascular disease, village health volunteers

^{*} Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

^{**} Faculty of Nursing, Ramkhamhaeng University

Corresponding Author: Wadeerat Sriwongwan, E-mail: wadeerat@bcnnon.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or Stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตและความพิการในระยะยาว โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน คิดเป็นอัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 ตามลำดับ² โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในสังคมไทย ซึ่งต้องอาศัยการเฝ้าระวังและป้องกันจากบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรทางสุขภาพหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระบบการบริการปฐมภูมิของประเทศไทย และได้รับความไว้วางใจให้เป็นผู้เชื่อมประสานงานด้านสุขภาพระหว่างภาครัฐกับประชาชน อสม.จึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพแก่ประชาชน และมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงของ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) จะช่วยพัฒนาให้อสม. มีความรู้ความสามารถในการวิเคราะห์ แยกแยะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ รวมทั้งจะสามารถแนะนำผู้ป่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และสามารถจัดการความเครียดได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เพื่อทำให้ออกลูกเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้⁴ ในทำนองเดียวกัน เมื่อ อสม.สามารถจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการปัญหาสุขภาพ⁵ อันจะนำไปสู่การเป็นต้นแบบที่ดีด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น บทความนี้จึงนำเสนอแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพรวมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองสำหรับ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชน เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน ช่วยลดความเสี่ยงต่อความพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน⁶ นอกจากนี้ การแนะนำแหล่งสืบค้นความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้อสม. จะช่วยเสริมสร้างความสามารถในการปฏิบัติ

บทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁷

โรคหลอดเลือดสมอง

ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease or stroke) หมายถึง ภาวะที่สมองขาดออกซิเจนไปเลี้ยงส่งผลให้เนื้อเยื่อที่สมองถูกทำลาย หรือภาวะที่เส้นเลือดที่สมองผิดปกติเกิดความเสียหายไม่ว่าจะด้วยสาเหตุจากการตีบ แตก ต้นของเส้นเลือดภายในสมอง เกิดภาวะขาดออกซิเจนจนเนื้อเยื่อสมองตาย ระบบประสาทจะสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว⁸ ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) เกิดจากหลอดเลือดบริเวณสมองอุดตัน และ 2) หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) เกิดจากการฉีกหรือรั่วออกจากหลอดเลือดในสมอง การได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือสภาวะที่เสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดฉีก ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเกิดขึ้นอย่างชั่วคราวหรือถาวร มักพบอาการอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) หรือ อ่อนแรงทั้งสองซีก (Quadriparesis)⁹

อาการและอาการแสดง

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการไหลเวียนเลือดในสมองที่มีความผิดปกติ และเกิดอาการเปลี่ยนแปลงดังนี้⁹ 1) อาการทางระบบประสาท มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างตาและปฏิกิริยาต่อแสงสว่างลดลง แต่ถ้าสมองเกิดการขาดเลือดเป็นวงกว้างมากขึ้นจะมีผลต่อระบบกล้ามเนื้อ กำลังของการเคลื่อนไหวแขนขา ทำให้เกิดการอ่อนแรงและการเคลื่อนไหวลดลง ซึ่งจะเป็นด้านที่ตรงข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ 2) อาการปวดศีรษะ เมื่อมีความดันในโพรงศีรษะสูงขึ้น จะเกิดการขยายตัวของหลอดเลือดแดง จนมี

ผลต่อเยื่อหุ้มสมอง เกิดการยืดขยายทำให้มีอาการปวดศีรษะได้ 3) อาการอาเจียน ซึ่งการอาเจียนจะไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า และลักษณะการอาเจียนจะเป็นแบบอาเจียนพุ่ง (Projectile vomiting) 4) ระดับความดันโลหิต เมื่อบริเวณก้านสมองถูกรบกวน ความดันซิสโตลิกจะสูงขึ้น และ 5) อัตราการเต้นของชีพจรจะช้าลง ลักษณะการหายใจไม่สม่ำเสมอบางครั้งอาจมีหายใจลึกหรือหายใจเร็วขึ้น และอาจหยุดหายใจในเวลาต่อมาได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสมองที่ถูกกด⁹ จากอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวนั้น ในปัจจุบันได้มีการให้ประชาชนมีความเข้าใจและเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ตัวอักษรย่อ ได้แก่ คำว่า “BEFAST” มีความหมายดังนี้ “B” ย่อมาจาก Balance หมายถึง สูญเสียการทรงตัว อย่างกะทันหัน “E” ย่อมาจาก Eye หมายถึง มองเห็นผิดปกติมองเห็นภาพซ้อนตาพร่ามัว หรือสูญเสียการมองเห็น “F” ย่อมาจาก Face หมายถึง ความผิดปกติของใบหน้า มีอาการหน้าและปากเบี้ยว หรือมีอาการชาบริเวณใบหน้า “A” ย่อมาจาก Arms หมายถึง จะมีอาการอ่อนแรงหรือมีอาการชาของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่ง “S” ย่อมาจาก Speech หมายถึง จะมีปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดลำบาก ติดขัด ลิ้นแข็งไม่สามารถสื่อสารได้ ไม่เข้าใจสิ่งต่าง ๆ หรือนึกคำพูดไม่ออก และ “T” ย่อมาจาก Time หมายถึง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด และให้รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด¹⁰

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง¹¹ ได้แก่ 1) อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง มีความยืดหยุ่นลดลง หลอดเลือดขยายตัวได้น้อย ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างเพิ่มมากขึ้น 2) เพศ

ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง 3) พันธุกรรมและประวัติครอบครัว ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติบุคคลในครอบครัวที่ป่วย⁹ 4) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งร้อยละ 70 หากมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะเร่งการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) และผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง 3-17 เท่า⁹ 5) โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 1.5-2 เท่า โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เป็นโรค เบาหวาน¹² 6) ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) จะเกิดการแข็งกระด้างในหลอดเลือดแดง การยืดหยุ่นภายในหลอดเลือดลดลง เมื่อมีไขมันในเลือดสูง จะเกิดการสะสมของไขมัน ซึ่งทำให้รูของหลอดเลือดมีการตีบแคบลง การไหลเวียนเลือดในสมองที่ไปเลี้ยงร่างกายลดลง ส่งผลปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด⁹ 7) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) จากการที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและความผิดปกติของลิ้นหัวใจร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติของบนห้องซ้ายขยายเกิดการคั่งของเลือด มีการรวมตัวของเกล็ดเลือด และเม็ดเลือดจนกลายเป็นลิ่มเลือดลอยออกจากหัวใจไปอุดตันในสมอง ซึ่งทำให้สมองมีโอกาสขาดเลือดไปเลี้ยงจากการอุดตันของลิ่มเลือด⁹ 8) การมีประวัติเคยเป็นหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวมาก่อน ประมาณร้อยละ 6-7 จะเป็น

หลอดเลือดสมองซ้ำ และผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน 5 ปี มีความเสี่ยงสูงถึง 15 เท่าในปีแรกของคนทั่วไป¹³ และ 9) พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตต่าง ๆ⁹ ได้แก่ ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาคุมกำเนิด โดยพฤติกรรมดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง ทำให้หลอดเลือดสมองแตกและตีบตันได้¹¹

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประจำวัน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด และการควบคุมน้ำหนัก 2) การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยมากกว่า 30 นาทีต่อวัน และมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ จะเป็นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ 3) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการไม่ใช้สารเสพติด สำหรับการดื่มสุราในปริมาณที่มากกว่า 5 แก้วต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการใช้สารเสพติด เช่น เฮโรอีน โคเคน และยาแอมเฟตามีน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีผลต่อการแข็งตัวของเกล็ดเลือดและมีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดที่นำไปสู่สาเหตุของการเกิดลิ่มเลือดและเยื่อหัวใจอักเสบ 4) การงดการสูบบุหรี่ ซึ่งคนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 3 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ และ 5) การลดความเครียด ผลของความเครียดจะทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ดังนั้นหากสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้¹²

จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี² ดังนั้น อสม.ต้องมีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถรู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากสามารถจัดการตนเองที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ความสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม.เป็นผู้ที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพในชุมชนที่มุ่งหวังให้บริการแก่ประชาชนทางด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง อสม.จะได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และเป็นผู้นำทางการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น และการประสานงานในกิจกรรมการบริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ ของชุมชนได้ ซึ่งบทบาทหน้าที่และมาตรฐานตามสมรรถนะของ อสม.¹⁴ ได้แก่ 1) เป็นผู้สื่อสารและกระจายข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน 2) เป็นผู้เผยแพร่ความรู้ ให้คำแนะนำและเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน 3) เป็นผู้ให้บริการในชุมชน โดยการตรวจสุขภาพเบื้องต้น เช่น ประเมินระดับความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว การให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมแพทย์พยาบาล รวมถึงการติดตามการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง 4) การเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เช่น สำรวจและกำจัดภาชนะที่เป็น

แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้าน วัด โรงเรียน และชุมชน 5) เป็นผู้ดำเนินการจัดการวางแผนการแก้ปัญหาและการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลหรือหน่วยงานแหล่งอื่น ๆ 6) เป็นแกนนำในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) และ 7) ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในชุมชน หรือเครือข่ายองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับสิทธิประโยชน์ของประชาชน ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ตามแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อสม.ต้องมีความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านการตัดสินใจ 5) ด้านการจัดการตนเอง 6) ด้านการเท่าทันสื่อ และ 7) ด้านการนำไปใช้ ซึ่งความรอบรู้ทั้ง 7 ด้าน จะช่วยให้ อสม.สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันโรคได้ถูกต้องและมั่นใจยิ่งขึ้น และจะช่วยให้ อสม. มีกำลังใจเพิ่มมากขึ้นในการปฏิบัติงาน รวมถึงเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชนต่อไป¹⁵

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชน

บทบาทสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรอื่น ๆ ในการ ให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลสุขภาพในชุมชน บทบาทสำคัญของ อสม.สามารถสรุปได้ดังนี้ 1) การให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองสาเหตุปัจจัย อากาการอาการเตือน (BEFAST)¹⁰ และแนวทางการส่งเสริมให้ประชาชน

ดูแลตนเองได้ การแปลความข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อ สิ่งพิมพ์ การสืบค้นความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ 2) การให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีทักษะในการฟัง พูด อ่าน เขียนข้อมูล และสามารถสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ 3) จัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ช่วยจัดกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้น การจัดนิทรรศการรณรงค์ให้ความรู้ อบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แจกจ่ายสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ ไปสเตอร์ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การสอนการปลูกผักสวนครัว ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในชุมชน การส่งเสริมการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีร่วมกับชุมชนในการสร้างชุมชนเข้มแข็ง และ 5) การประสานระหว่างชุมชนร่วมกับทีมสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุข โรงเรียน และองค์กรอื่น ๆ ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตรวจสอบและติดตามสุขภาพของสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ในครอบครัว หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อการดูแลและติดตามต่อเนื่อง จากบทบาทดังกล่าวของ อสม. จะเห็นได้ว่า อสม. จะต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพและสามารถในการบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการใช้นวัตกรรมทางสุขภาพหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองของประชาชนในชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพของ อสม. เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ของการป้องกันปัญหาสุขภาพ มีความรอบรู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อสม. เป็นบุคลากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาและบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ในการให้การดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และการจัดการตนเอง (Self-management) ให้เกิดใน อสม. เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่จำเป็นในการควบคุมภาวะสุขภาพของประชาชน การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management)¹⁶ ในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) จะเป็นการพัฒนาทักษะของอสม. ในด้านการจัดการตนเองและการตัดสินใจ ช่วยให้การตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบรรลุความสำเร็จในการป้องกันโรคได้ 2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ประมวลผล หรือจัดเก็บเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะในด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะการสื่อสารสามารถรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทของผู้ป่วยได้ 3) การประมวล และการประเมินข้อมูล

(Information processing and evaluation) ส่งเสริมทักษะเกี่ยวกับความรู้ การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) 4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง การตัดสินใจและการรู้เท่าทันสื่อ ทำให้สามารถพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้อง 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการพัฒนาทักษะด้านการจัดการตนเองและการสื่อสาร ทำให้สามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดเป็น พฤติกรรมจัดการตนเอง และ 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการส่งเสริมทักษะด้านทักษะการจัดการตนเอง การตัดสินใจและสามารถประเมินผลของการปฏิบัติทักษะการดูแลตนเองได้

ความรอบรู้ทางสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ดัน นัทบีม (Don Nutbeam)¹⁶ เป็นนักวิชาการที่มีผลงานสำคัญในด้านสุขภาพและได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” (Health literacy) โดยนิยามความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับการสื่อสารระหว่างกัน (Interactive health literacy) เป็นทักษะการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในการติดต่อสื่อสาร และแสดงออกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการ ค้นหาข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเอง 3) ความรอบรู้ทางสุขภาพระดับวิเคราะห์ (Critical health literacy) เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่าง

ลึกซึ้ง ดังนั้นจากนิยามของ ดัน นัทบีม ชี้ให้เห็นว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” ไม่ได้เป็นเพียงแค่การรู้หนังสือหรือการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถสื่อสารระหว่างกัน และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสิ่งสำคัญ ในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

คุณลักษณะพื้นฐานของความรอบรู้ทางสุขภาพ

คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ¹⁷ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) สามารถเลือกวิธีการค้นหาแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ทันสมัย และ การใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูล เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) ความรู้ และความเข้าใจ (Cognitive) สามารถเรียนรู้ เข้าใจ อธิบายเนื้อหาอย่างถูกต้อง และวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างเป็นเหตุเป็นผลเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง จนสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีได้ 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) สามารถมีทักษะการสื่อสาร โดยการฟัง พูด อ่าน เขียนข้อมูล และสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 4) การจัดการตนเอง (Self-management) สามารถกำหนดเป้าหมายไปสู่ผลลัพธ์ของพฤติกรรมทางสุขภาพ มีความตั้งใจ แรงจูงใจ และมีการตัดสินใจด้วยตัวเองในการ ทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) สามารถกำหนดแนวทางสุขภาพ โดยสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพ

ดี และมีทักษะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และสามารถวิเคราะห์ผลดีที่จะเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม หรือการปฏิเสธ หลีกเลี่ยงผลเสียต่อสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดี และสามารถใช้อย่างเหมาะสมเพื่อการตัดสินใจที่ดี ประเมินทางเลือกและผลกระทบของการตัดสินใจทางสุขภาพอย่างเหมาะสม และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อเสนอ โดยในยุคดิจิทัลจะมีข้อมูลและข่าวสารที่หลากหลายแหล่ง จะต้องสามารถวิเคราะห์ ประเมิน สามารถตีความข้อมูลที่ได้รับอย่างมีวิจารณญาณ และเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น เพื่อนำมาใช้ชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

จึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง โดยการให้ความสำคัญในการส่งเสริมทักษะทางปัญญา และสังคมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการส่งเสริมและสนับสนุน อสม.ให้มีทักษะการอ่านและแปลข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์ รวมทั้งการสร้าง ความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งรับรู้แหล่งในการสืบค้นความรู้โดยเฉพาะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทของ อสม.ในการดูแลสุขภาพประชาชน ดังนั้นการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ อสม.ให้มีทักษะ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) นั้น การใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-

management) เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการส่งเสริมให้อสม.มีความรู้ การคิดวิเคราะห์ในแก้ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันโรค การเกิดโรค หลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการตนเอง (Self-management)

การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่สำคัญของการจัดการความสามารถของตนเอง ที่มีผล ต่อพฤติกรรมของบุคคล สามารถบรรลุพฤติกรรมที่คาดหวังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลและประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติและการสะท้อนตนเอง¹⁷ โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal selection) โดยกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันโรคร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี 2) การรวบรวมข้อมูล (Information collection) เป็นการรวบรวมข้อมูลอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะมีการตรวจสอบตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง (Self-recording) จนสามารถที่จะสังเกตเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงของโรคที่ผิดปกติ 3) การประมวลและการประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์แยกแยะ เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ จนสามารถพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ค้นหาสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ และ

ประเมินผลจากข้อมูลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้ 4) การตัดสินใจ (Decision making) เป็นขั้นตอนสำคัญของการจัดการตนเอง สำหรับนำไปประมวลผลและประเมินข้อมูลของตนเองเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จนสามารถพิจารณาทางเลือกและตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบคอบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแลสุขภาพของตนเอง 5) การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมดูแลสุขภาพ หรือเป็นทักษะการจัดการตนเองที่สำคัญในการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง และเกิดเป็นพฤติกรรมจัดการตนเอง 6) การสะท้อนตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ปฏิบัติว่า สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้หรือไม่ และเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติทักษะการดูแลสุขภาพ ซึ่งทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ คือ (a) การเปลี่ยนแปลงในดัชนีการตายและการเจ็บป่วยของโรค (b) การปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และ (c) การพัฒนาความเชื่อในความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพทางกาย การจัดการโรคของตนเอง การจัดการตนเองเป็นกระบวนการพลวัตที่มีความต่อเนื่องในการกำกับตนเอง (Self-regulation) อาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Interactive)¹⁶ ทั้งนี้การจัดการตนเองเป็นการเตรียมบุคคลในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน โดยให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การรักษาและการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจจากการเจ็บป่วยของตนเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่าง ทีมทางสุขภาพและผู้ป่วย สอนให้มีทักษะการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและภาวะโรคอย่างเหมาะสม¹⁸⁻¹⁹

กล่าวโดยสรุปการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัต และขั้นตอนของบุคคลเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา ในสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์รวมทั้งการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

สรุป

การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ควบคู่กับการใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพตนเองเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้ อสม. สามารถตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการนำไปดูแลประชาชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการจัดการตนเองถือเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากสามารถช่วยส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มความสามารถในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันนำไปสู่ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต

ดังนั้น การบูรณาการแนวคิดการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพร่วมกับการจัดการสุขภาพตนเองสำหรับ อสม. ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในชุมชน จะช่วยสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้การจัดการปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ฝึกปฏิบัติและประยุกต์ใช้ความรู้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งความสำเร็จในการจัดการสุขภาพตนเองจะช่วย

เสริมสร้างความมั่นใจ กระตุ้นการแสวงหา
ความรู้ และส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและ

การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงใน
แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แนวทางการจัดการตนเอง

References

1. World Health Organization. World health statistics 2023. [internet]. 2022 [cited 2024 May 17]; Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
2. World Stroke Organization. World stroke day 29th Oct: 2022 activation toolkit. [internet]; 2022 [cited 2024 May 17]; Available from: https://www.worldstroke.org/assets/downloads/WSD2022_Campaign_Toolkit_LR.pdf.
3. Division of Non communicable Disease, Ministry of Public Health. CBI NCDs. Nonthaburi: Division of Non communicable Disease; 2020. (in Thai).
4. Thongbupa S, Muengtawepong S, Kommarg U. Effects of a self-management program among patients with ischemic stroke. Nursing Journal CMU. 2022;49(3):174-87. (in Thai).
5. Chen L, Chen Y, Chen X, Shen X, Wang Q, Sun C. Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-

- management empowerment intervention during predischage planning on stroke survivors. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018;15(3):197-205. doi: 10.1111/wn.12295.
6. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcome, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1): 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
 7. Ngasangsai P, Sornseeyon P, Phattarabenjapol S. The case study of village health volunteer's health literacy. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2016;9 Suppl:82-7. (in Thai).
 8. Duangjinda M, Nimit-Amun N, Roojanavech S. The outcomes of health risk communication program amongst highrisk stroke patients at sub-district health promoting hospitals in Samut Sakhon province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2016;17(2): 59- 67. (in Thai).
 9. Muengtaweepongsa S. *Cerebrovascular and critical care neurology third edition.* Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai).
 10. Pickham D, Valdez A, Demeestere J, Lemmens R, Diaz L, Hopper S, et al. Prognostic value of BEFAST vs. FAST to identify stroke in a prehospital setting. *Prehosp Emerg Care.* 2019;23(2):195-200. doi: 10.1080/10903127.2018.1490837.
 11. Jullamate P. *Nursing care for older adult with stroke.* Chonburi: Burapha University; 2022. (in Thai).
 12. Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, et al. 2021 Guideline for the prevention of stroke in patient transient ischemic attack: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2021;52(7):e364-e467. doi: 10.1161/STR.0000000000000375.
 13. National Stroke Association. *Steps against recurrent stroke (STARS).* Dallas, TX: National Stroke Association's Publications Committee; 2016.
 14. Rasiri S, Intarakumhang Na Rachasima S, Rasiri T. The role of Thai public health volunteers. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office.* 2021;7(2):80-97. (in Thai).
 15. Surasuk J. Health literacy and roles of village health volunteers in preventing of COVID-19 in community. *Journal of Health Science and Community Public Health.* 2024;7(1):145-56. (in Thai).
 16. Creer LT. *Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation.* California: Academic.2000; 601-629.
 17. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
 18. Sanee A. Self-management program in chronic diseases. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2014;15(2):129-34. (in Thai).
 19. Danyuthasilpe C. Promoting self-management for patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences.* 2017;11(2): 97-104. (in Thai).



วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
(BCN Non Health Science Research Journal)

เรียน บรรณาธิการวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

ดิฉัน นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....มีความประสงค์
ขอชำระค่าใช้จ่ายค่าตีพิมพ์ ดังนี้

ฉบับภาษาไทย

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 5,000 บาท

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 6,000 บาท

ฉบับภาษาอังกฤษ

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน 8,000 บาท

☐ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 9,000 บาท

ชำระเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) โดยชำระทาง

☐ เงินสด ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

☐ โอนเข้า เลขที่บัญชี 108-0-11201-4 ชื่อบัญชี เงินรายได้สถานศึกษา วทบ.จังหวัดนนทบุรี

ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี

ส่งหลักฐาน e-mail: bcnnjournal@bcnnon.ac.th หรือ Fax มาที่ 0 2526 2904 ถึง

กรุณาออกใบเสร็จในนาม

.....

ที่อยู่ให้จัดส่งเอกสาร

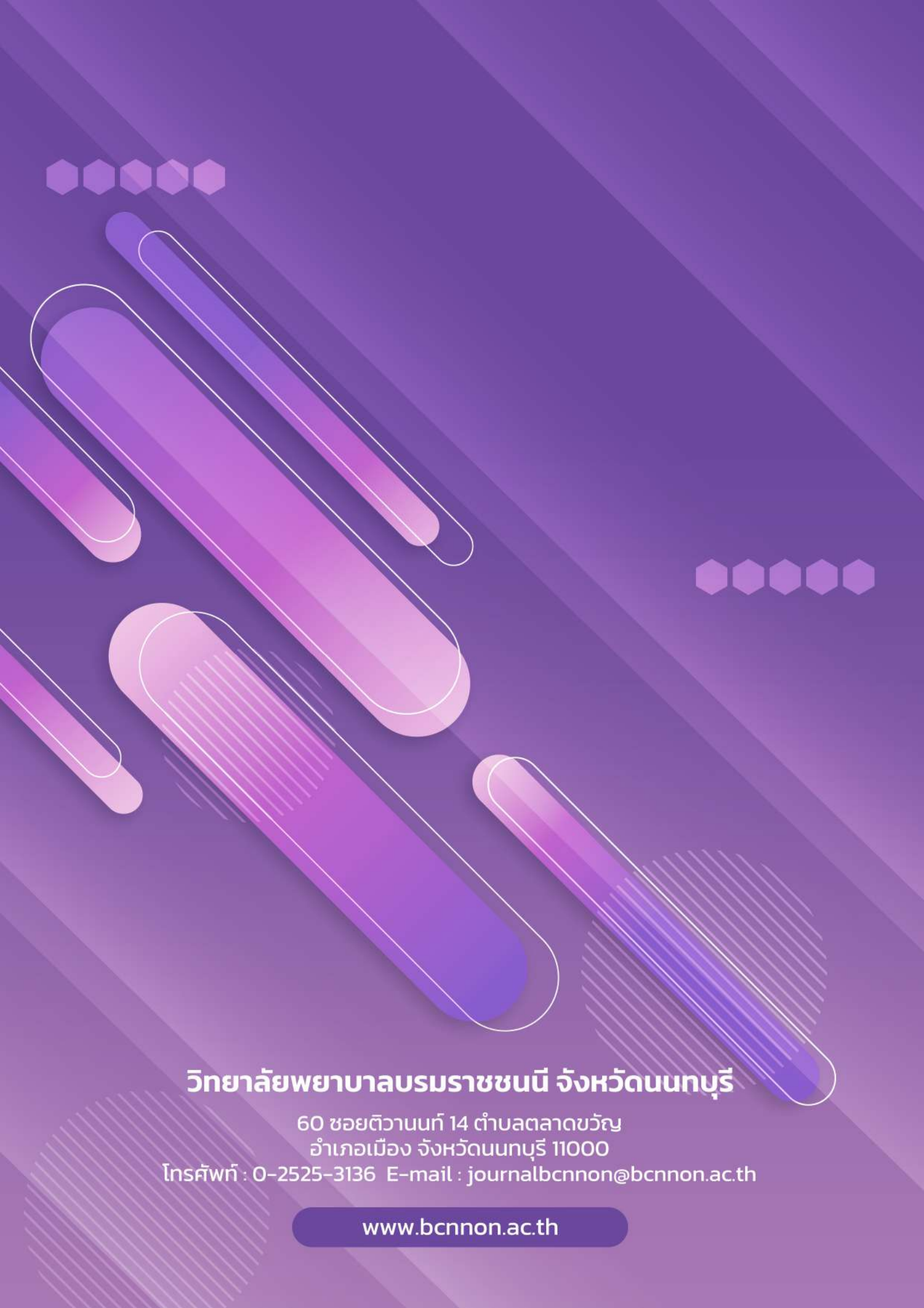
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
...../...../.....

หมายเหตุ : บทความวิชาการ วารสารรับตีพิมพ์เพียง 2 เรื่องต่อฉบับ



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

60 ซอยติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0-2525-3136 E-mail : journalbcnnon@bcnnon.ac.th

www.bcnnon.ac.th